

Essere medico manager, leader e garante della Qualità

Francesco Carmignoto

*Relazione al XXV Congresso ANPO - Abano Terme 5-7 maggio 2000
Direttore del Dipartimento di Medicina di Laboratorio - Ospedale di Rovigo*

Introduzione

La gestione del reparto per gli aspetti non strettamente professionali è sicuramente un problema per i medici ospedalieri in generale e, ancor più, per i primari.

Nel migliore dei casi si tratta di una noia burocratica e di un disturbo alla professione della quale si farebbe volentieri a meno.

Si tratta invece di una sfida importante, per i primari certamente, ma non di meno per il Servizio Sanitario Nazionale, poiché senza un coinvolgimento vero e consapevole dei primari non può esistere una azienda sanitaria in grado di produrre risultati positivi. Ed il coinvolgimento è ottenibile solo fornendo idonei strumenti di conoscenza, di autonomia gestionale e di delega di completa direzione,

Il Primario come Manager

La Costituzione e, comunque, l'assetto politico di tutti i paesi avanzati, sanciscono che il diritto alla salute è un diritto primario dei cittadini; tuttavia vi è ormai altrettanta convinzione che tale diritto deve essere compatibile con le risorse economiche.

Risulta anche evidente la progressiva discrepanza tra i bisogni che tendono ad aumentare e la quantità di risorse da destinare a questo scopo che tende a diminuire.

La principale risposta istituzionale a queste difficoltà in Italia è stata l'Aziendalizzazione, cioè che anche in Sanità si debba *agire sulla base del rapporto tra risorse impiegate e risultati raggiunti*.

Ma una seconda via, comunque coerente con l'azienda, viene ritenuta di importanza non

minore al fine di ottenere migliore gestione del SSN: *la diffusione tra il personale sanitario, professionale e tecnico di capacità e comportamenti manageriali*. Queste capacità completano la tradizionale professionalità con l'aggiunta di contenuti riguardanti un forte ruolo organizzativo.

In verità tutti discutono di cambiamenti in sanità ed il medico, ospedaliero in particolare, è sempre più attore del cambiamento e ne avverte il disagio sulla propria pelle.

Da una parte egli è stato educato al rapporto interpersonale con il singolo paziente e a contare sulle proprie capacità per soddisfare i bisogni del paziente, dall'altra egli avverte di dover diventare gestore di risorse e che queste risorse sono soprattutto quelle dei colleghi, della comunità scientifica di cui fa parte, dei propri collaboratori e di quelle degli altri reparti, della struttura organizzativa, dei supporti informatici, della tecnologia che utilizza e, non ultimo, del denaro pubblico o privato di cui dispone.

Il medico si rende conto che nei sistemi complessi l'interdipendenza tra le varie parti cresce al punto che il risultato di ciascuno dipende in modo inestricabile dal lavoro degli altri.

Questa evoluzione si manifesta in modo molto netto quando, ad esempio, si esaminino il modo di lavorare e gli aspetti che caratterizzano le strutture semplici e le strutture complesse (Tab. I).

Non vi è alcun dubbio che il modo di operare del Servizio Sanitario non faccia eccezione e che l'efficacia dei processi specialistici sia condizionata in modo rilevante dalla efficienza con cui sono affrontati gli aspetti organizzativi. La varietà, la variabilità e la complessità dei compiti rendono assai problematico il coordinamento operativo.

Tabella I. Differenze tra strutture semplici e strutture complesse.

STRUTTURE SEMPLICI	STRUTTURE COMPLESSE
prevale il ruolo tecnico risultati in accordo con la conoscenza scientifica sviluppo di singole professionalità lo specialista ha responsabilità di speciali azioni	maggior rilevanza del ruolo organizzativo risultati in accordo con migliore gestione del personale coordinamento di compiti e tecnologie il dirigente deve garantire condizioni che consentano lo svolgimento dei compiti

La relazione di successione viene risolta in modo "automatico" quando il medico viene al capezzale del paziente che lo ha chiamato, quando procede con la storia clinica e con l'esame anamnestico, quando compila la richiesta per esami o per farmaci in accordo con una ipotesi diagnostica, ecc.

Il coordinamento dello stesso tipo di intervento è ben diverso in una situazione complessa come quella ospedaliera: ricevimento del paziente, documenti di ricovero, atti formali per predisporre esami e farmaci, programmazione in rapporto al personale ... ecc.

Del resto il Servizio Sanitario si va trasformando in un servizio per la salute, con rilevanza sociale sempre maggiore, che determina un coinvolgimento particolare delle autorità pubbliche nel definire le modalità di svolgimento delle attività.

Ora la complessità della tutela della salute, compito assolutamente fondamentale per le Aziende sanitarie, riguarda non solo la varietà delle specializzazioni, ma altresì la crescente differenziazione delle modalità di risposta ad un bisogno, anche per mezzo di un lavoro coordinato che concorra alla efficienza degli interventi. La scelta può essere molteplice e tra diverse alternative:

- In rapporto all'esistenza di diversi destinatari
- In relazione alla possibilità di adottare modelli diversi di risposta
- In relazione a rilevanti interessi economici relativi alla salute.

Questi differenti ordini di complessità consentono di identificare diverse categorie di ruoli organizzativi:

- Tecnici specialisti di diversi compiti
- Dirigenti, manager di differente livello e in diversi settori
- Politici, coloro che sono legittimati da processi istituzionali e sociali alla responsabilità di "scelgere".

La direzione di un sistema complesso richiede specifiche competenze professionali che qualificano questo dirigente come il manager che riesce ad indirizzare una organizzazione complessa verso gli obiettivi assegnati con la creazione di condizioni che permettano efficacia dell'azione ed efficienza nell'impiego delle risorse.(1)

Le funzioni di direzione organizzativa di struttura complessa, senza dubbio assegnate al primario, sono quelle elencate in Tabella II.

Risultano insomma sempre più evidenti due aspetti riguardanti i contenuti della direzione:

- Funzioni dirigenziali direttamente collegabili alla natura del processo tecnico-operativo
- Funzioni che prescindono, quasi completamente, dalla specifica attività e che possono essere applicate con tecniche di carattere generale.

Ed il medico si trova di fronte ad almeno due scelte alternative:

Tabella II. Funzioni di direzione organizzativa di struttura complessa.

Individuazione degli obiettivi
 Formulazione di indirizzi agli operatori
 Pianificazione delle condizioni future
 Coordinamento dei fattori organizzativi
 Modifiche organizzative in accordo con i controlli
 Rilevazioni delle prestazioni e verifica dei risultati
 Gestione del personale
 Soluzione ai problemi relativi alla scarsità di risorse
 Gestione dei sistemi informativi
 Rapporti con l'esterno, ecc.

- 1) Concentrare lo sviluppo della propria professionalità sugli aspetti specialistici del processo sanitario, demandando ad altri la responsabilità ed il potere decisionale riguardanti il controllo di gestione.
- 2) Estendere la propria professionalità agli aspetti gestionali ed organizzativi che definiscono l'ambiente entro cui si svolgono i processi assistenziali.

L'alternativa può essere discussa come:

- modello istituzionale
- come politica sindacale della categoria
- come scelta individuale.

Ho pochi dubbi sulla possibilità di una scelta individuale, ma praticamente nessuno sulle altre due opzioni.

La scelta di un maggiore coinvolgimento del medico, e del primario in particolare, sugli aspetti gestionali mi pare inevitabile.

Vi sono molti fattori che spingono verso questo maggiore coinvolgimento.

Prima di tutto, l'organizzazione dei servizi sanitari può essere svolta più efficacemente da chi ha conoscenze e responsabilità dirette:

- perché gli aspetti riguardanti la organizzazione dei processi sanitari sono legati a scelte sanitarie (si pensi alla necessità di indirizzi prioritari, alla garanzia di tempestività dell'azione, alle norme etiche, ecc.),
- perché specializzare tali compiti ed attribuirli a non medici comporterebbe costi, disfunzioni e difficoltà di coordinamento,
- perché è più efficace e conveniente dare ai medici conoscenze e competenze per risolvere direttamente anche questi problemi.

In secondo luogo in Italia è prevalente l'idea della "**preminenza del processo istituzionale**" rispetto ai processi di supporto, per cui chi ha la responsabilità istituzionale ritiene di non poter garantire il risultato, se non ha potere diretto anche sull'organizzazione.

Nella nostra organizzazione non è facilmente accettato il principio della specializzazione, della direzione funzionale del lavoro e della suddivisione delle responsabilità.

Poiché nelle strutture sanitarie i principali processi sono quello assistenziale e quello della tutela della salute, tutto viene ricondotto alla responsabilità del primario, cioè a colui cui viene riconosciuta la piena autonomia per il processo di assistenza.

Tutto ciò conduce, di fatto, anche alla tradizionale debolezza del dirigente medico di presidio, ad esempio, ma anche del direttore sanitario, come responsabili di processi organizzativi valutati come secondari.

Il tempo modificherà questa situazione; per ora è sicuramente più efficace aggiungere al primario nuovi compiti, ulteriori doveri ed i necessari strumenti di gestione, piuttosto che affiancargli un responsabile organizzativo di pari grado.

Infine il vincolo giuridico rende impossibile una reale separazione funzionale delle responsabilità, per cui il primario rimane sempre responsabile del funzionamento della sua struttura.

Il primario come leader

Assodato, si fa per dire, che il primario ancora per molti anni, nella nostra realtà, sarà “costretto” a non scendere dal vertice della piramide gerarchica e a non dividere con altri responsabilità e potere di decisione, appare utile fare una rapida digressione sull’esercizio del potere sull’arte di comandare.

Dal primario come manager, vorrei passare a parlare del primario come leader.

Quale è il tratto principale del vero leader?

Alcuni specialisti in ricerca di personale al massimo livello di qualificazione affermano che è lo stesso imperativo inciso duemila anni or sono sul tempio di Delphi: “*Conosci te stesso!*”

Il primario non è solo al vertice di una struttura per meriti scientifici, di carriera, concorsuali, ecc., ma vi rimane perché riconosciuto come guida, capace di influenzare e motivare una comunità (la sua divisione, il suo ospedale) ed indirizzarla verso precisi obiettivi.

Uno strumento fondamentale per ottenere questi risultati è, senza alcun dubbio, la necessità di essere molto preparati *su se stessi*.

Bisogna infatti conoscere i limiti personali, avere presenti le proprie potenzialità, avere sviluppato una serie di doti innate ed aver percorso un lungo cammino di formazione (soprattutto per le doti mancanti).

È l’idea guida di una leadership moderna che può anche iniziare dalla gerarchia (la nomina, l’incarico), ma che si fonda poi *sullo scambio di valore tra chi guida e chi viene guidato*, in una assunzione di responsabilità diffusa e condivisa.

Come può essere l’anatomia di questo primario, che deve agire nelle complessità che ho descritto, nel controllo della continua evoluzione, con la capacità di gestire i rapidi cambiamenti e di anticiparne le

prospettive e le accelerazioni.

Da una prima dissezione anatomica sorge la domanda: “*leader si nasce o si diventa?*”.

A fare la differenza è la personalità, come felice mix di attitudini, abilità, carisma, oppure la differenza viene meglio delineata grazie allo svolgimento di una serie di azioni ritenute utili dagli altri membri del gruppo? In questo caso verrebbe a delinearsi un tipo nuovo di leader, caratterizzato dalla capacità di valorizzare i propri collaboratori e di stimolarli a dare il meglio in vista del risultato.

Senza alcun dubbio sono necessarie ambedue queste caratteristiche. E tuttavia, sembra strano a dirsi, queste azioni possono essere ben condotte solo da chi, conoscendosi a fondo, nutre una realistica fiducia sulle proprie possibilità.

Conoscersi è difficile. Occorre impegno e determinazione. Ecco perché la maggior parte delle persone alla fine sceglie di affidarsi agli altri.

La figura del capo viene così delineata nella forma di una leadership positiva,

- che esercita responsabilità e servizio,
- che ha un’alta considerazione della missione del suo reparto e ne conosce perfettamente i processi operativi,
- che è generosa ed utilizza il potere per gli altri e non per sé,
- che fa crescere i collaboratori,
- e prevede uno scambio continuo di idee e di esperienze.

Molti capi gerarchici fanno solo la pantomima del leader: siccome non hanno capacità di leadership occupano tutto lo spazio di potere e cercano di imporsi.

La persona autorevole non ha bisogno di imporsi, “*viene riconosciuta come tale perché sa dare valore all’altro e dall’altro riceve*” (Vito Volpe).

Manager e leader vanno tenuti distinti. Forse sono figure contigue e complementari, ma sono comunque distinte.

“*La differenza tra managerialità e leadership è la stessa che passa tra gestione del presente e guida del futuro*” Luca Pecces (Spencer Stuard).

Se un manager può non essere un leader, il leader è sempre un ottimo manager.

Nell’ambito di questo tema, quali capacità dovrebbe allora possedere un buon primario?

- dovrebbe agire eticamente sulla base della conoscenza di sé,
- avere “*vision*”, abilità nel guardare oltre, immaginare il futuro, fissare traguardi, intravedere i grandi trend,
- avere entusiasmo, passione, energia contagiosa,
- avere capacità di spendersi, di battersi per un’idea senza compromessi,
- avere generosità e consentire opportunità ai collaboratori medici,
- avere coraggio nel perseguire il cambiamento,
- avere coerenza e rispettare le regole del gioco

Tabella III. Capacità di leadership.

-
- 1) Guida del gruppo:
 - Creare spirito di squadra
 - Trasmettere la propria visione
 - Rassicurare le paure
 - Leadership come gioco collettivo
 - Come condivisione del progetto
 - 2) Capacità di accogliere le istanze e la costruzione del consenso:
 - Consenso attivo e convinto perché nasce da una dimensione affettiva e da un processo di identificazione con il leader stesso
 - 3) Fornire stimoli ai singoli ed al gruppo per progredire:
 - Fornendo i mezzi adeguati e sostegno nelle difficoltà, con la valorizzazione delle idee per traguardi più ambiziosi
 - 4) Istituzionalizzazione dei sistemi di valutazione:
 - Valutazione dei collaboratori
 - Valutazione del capo da parte dei suoi
-

(mai promettere senza mantenere),

- comunicare esperienze e conoscenze (anche la propria storia ed umanità),
- avere capacità di ascoltare e di confrontarsi sui progetti,
- capire e motivare i collaboratori,
- avere capacità di autocritica,
- accettare di mettersi in discussione e di riconoscere i propri errori (anche per conoscere i propri errori in medicina bisogna conoscere la materia).

Per essere esercitata la leadership richiede le capacità riportate in Tabella III.

Una prima conclusione:

- a) è necessario sfatare il luogo comune secondo cui il leader è colui che risulta vincitore in una competizione,
- b) convincersi che comandare significa costruire qualcosa che abbia senso per gli altri, per tutti.

Una seconda conclusione:

- a) questo esercizio di leadership è sicuramente in carico al primario ospedaliero (o pensiamo che possa farlo il famoso ragioniere dell'ULSS!),
- b) la sfida è di quelle pesanti ed impegnative poiché pochi processi sono così complessi come quelli sanitari,
- c) il primario è l'unica figura professionale che può riuscirci e le organizzazioni professionali ne devono sostenere l'impegno, lottando altrettanto duramente per ottenere spazi di formazione da una parte e riconoscimenti a tutto campo dall'altra.

Il primario è garante della qualità

Obiettivo di questa ultima parte è quello di aggiungere un ulteriore tassello per sottolineare l'importanza della figura primaria nella tumultuosa evoluzione della sanità: il primario come garante della qualità delle "cure".

È naturale che un buon direttore, professionista, manager e leader, non può che agire sulla base della qualità delle prestazioni sanitarie.

Ma ora la ricerca della qualità viene ad essere sostenuta e codificata nelle normative di Certificazione ed Accredimento di Eccellenza che vedono, anche formalmente, nel primario il vero motore verso quel miglioramento che, ancora una volta, non deve rimanere una parola vuota o un sogno nel cassetto.

Non voglio certamente qui addentrarmi nei mille problemi che agitano questo grande magma in ebollizione. Mi interessa andare per flash rapidi, richiamando norme di legge e, soprattutto le norme di Certificazione ISO 9000.

Mi pare di poter dimostrare come, solamente con il coinvolgimento totale del primario, in prima persona ed attraverso le società scientifiche, con l'adozione di metodi di revisione tra pari, queste norme possano trovare utile applicazione.

Ecco alcuni fatti concreti!

L'Accreditamento riguarda la costruzione di un sistema di qualità che garantisca al nostro paziente che egli viene trattato al meglio, in modo continuo nel tempo e secondo standard qualitativi ben definiti e misurabili.

Dalla VRQ, alla Qualità totale, alla Garanzia di Qualità, alla Certificazione, mille proposte sono state presentate per definire questo aspetto fondamentale del miglioramento continuo della qualità e della sua possibilità di verifica.

Il miglioramento presuppone la conoscenza della realtà da modificare attraverso l'analisi dei problemi, la valutazione dei vincoli esistenti, la capacità di modificare l'organizzazione, la gestione, i comportamenti e di valutare i risultati ottenuti.

Per fare questo ci vogliono impegno, costanza, conoscenze e metodo, ma ci vuole soprattutto quella "cultura" che si acquisisce con la formazione, l'addestramento e l'esperienza.

Il miglioramento continuo della qualità presuppone crescita professionale, efficacia manageriale, produttività organizzativa, buone relazioni interdisciplinari, soddisfazione dei collaboratori e dei pazienti, *leadership*.

Parlo di qualità ed ecco che torno a parlare delle stesse cose, quelle che solo un buon primario è in grado di fare.

W. E. Deming introdusse nei primi anni '40 il moderno concetto di qualità, come analisi delle deviazioni del processo di produzione nell'intento di migliorarlo stabilmente.

Ecco alcuni dei concetti che aveva sviluppato.

Provate a trovarne qualcuno che non sia competenza del primario, naturalmente come motore e stimolo:

- cercare obiettivi tangibili per il miglioramento delle prestazioni
- adottare una filosofia in cui gli errori ed il negativismo sono inaccettabili
- tendere al miglioramento del processo piuttosto che ad uno sterile controllo
- creare rapporti duraturi con i fornitori basati sulla qualità piuttosto che sul prezzo
- migliorare continuamente l'organizzazione del reparto
- istituire un addestramento del personale tale da renderlo in grado di lavorare in modo appropriato
- fornire la crescita di leadership
- abituare a farsi domande ed a prendere posizioni
- rompere le barriere tra vari settori
- favorire l'orgoglio ed il senso di appartenenza
- attuare iniziative per condividere il cambiamento iniziando dai dirigenti.

La traduzione di questi principi ha fatto emergere la necessità di definire sistemi di valutazione e di miglioramento continuo della qualità tradotti in standards necessari per la certificazione.

Sono a tutti note le sigle CPA, ISO 9000, EN 45000, ecc.

Non è facile adattare questi standards alle singolari caratteristiche delle prestazioni sanitarie.

Ma delle norme ISO 9001, adattate alla sanità, vorrei soffermarmi solo sul punto ISO 9001.1 "Responsabilità della Direzione":

"La Direzione deve definire e documentare la politica, gli obiettivi e gli impegni per la qualità e si deve assicurare che la politica venga condivisa, compresa, attuata e sostenuta".

La politica della qualità deve essere definita alla "Direzione Strategica" dell'azienda e perciò dal Direttore Generale.

Deve essere elaborato un progetto che tenga conto del contesto globale (il mandato regionale), del contesto operativo (legislazione, disponibilità economiche), dei trend epidemiologici e delle scelte strategiche sulle quali si desidera proiettare l'istituzione.

La politica non può essere una semplice dichiarazione di intenti, ma piuttosto il risultato di una analisi dettagliata che individui: la "mission", la "vision", i valori e che vada a fissare obiettivi, risorse e tempi di attuazione.

Mission: ragione di essere dell'organizzazione.

Vision: descrizione di ciò che l'organizzazione intende essere e divenire nel prossimo futuro.

Valori: il sistema di valori deve rappresentare le fondamenta dell'istituzione. mission e vision possono cambiare, il sistema di valori deve rimanere stabile.

Obiettivi: orizzonte operativo del reparto e servizio come traduzione logica del sistema di valori, della mission e della vision.

Tutto questo cerca di rispondere alla domanda: stiamo facendo le cose giuste? Al fine di evitare quanto affermato da Royce: "Non vi è maggiore frustrazione di fare in modo efficiente ciò che non è necessario".

Il primario è motore di questi aspetti per il suo reparto, ma non di meno per l'intera azienda sanitaria. Per le norme ISO 9000 il primario:

- deve definire un chiaro organigramma funzionale con indicate tutte le responsabilità per le prestazioni: 75
- deve indicare le esigenze di risorse e assegnare personale addestrato per tutte le esigenze di gestione della qualità, esecuzioni e verifica dei processi, incluse le ispezioni interne della qualità.
- Deve nominare un componente della struttura direttiva che abbia specifica autorità per assicurare che sia applicato e mantenuto un sistema di qualità.
- Deve pianificare un riesame sistematico, da parte della direzione, della applicazione della politica della qualità e la verifica della sua efficacia.

Non credo sia necessario andare oltre per sottolineare che tutti questi aspetti possono essere definiti con esito di efficacia solo con l'opera convinta del primario, garante verso l'istituzione, ma non di meno verso il cittadino, che la politica del reparto è tesa verso la qualità migliore, verso l'eccellenza, senza dubbi o zone grigie.

Se si vuole realmente trasformare un ospedale in una struttura che fornisca questa garanzia come elemento del lavoro quotidiano, è necessario che il primario possa ottenere:

- L'impegno della Direzione Generale per assicurare risorse e premiare gli sforzi dei medici e del personale
- Un programma di educazione sull'applicazione dei valori
- Gli strumenti gestionali e culturali per la creazione di uno stile di lavoro che coinvolga verso i risultati
- Responsabilizzazione dei singoli, con delega di autorità, che deriva dalla conoscenza, dalla possi-

bilità di risolvere direttamente i problemi senza passare la mano.

Non è solo lo stile del primario che deve cambiare, ma anche quello dello staff.

La chiave del successo in qualità è sicuramente quella di riuscire a trasformare i medici e l'altro personale in persone motivate e coscienti di portare un contributo creativo nel miglioramento del servizio.

Conclusione

Quali sono le rivendicazioni che sono conseguenza delle considerazioni svolte.

Considerato acquisito il primario come vertice di professionalità medica, ho cercato di aggiungere la descrizione dei compiti di un primario-manager,

- di calare nella realtà la suggestione del primario-leader (e coach, allenatore della squadra),
- di chiudere il cerchio considerando che le necessità professionali, le responsabilità verso il paziente, le norme di legge, l'etica tesa verso il migliora-

mento continuo che fanno del primario il motore e la garanzia della qualità.

Mi sembra difficile aggiungere qualcosa d'altro, se non l'auspicio forte che tutto questo sia riconosciuto nelle norme e nei contratti.

Questo tipo di gestione innovativa, purchè riconosciuta e ripagata, è l'unico antidoto allo schematismo culturale che viene suggerito in tante occasioni di confronto sindacale ed anche professionale.

Spero che il governo, il nostro nuovo ministro, le regioni, le aziende comprendano che fornire gli strumenti culturali e gestionali perché il primario possa essere efficace, è l'unico modo per evitare che anche in sanità avvenga quello che ha scritto Robert Frost (1996): *“ Il cervello è un organo meraviglioso: comincia a lavorare nel momento in cui ti svegli al mattino e si ferma solo quando arrivi in ufficio.”*

Bibliografia

1. Borgonovi E., Burani G., Cavenago D., Zangrandi A. L'organizzazione dell'Ospedale, McGraw-Hill Libri Italia 1990.