

# Migliorare le performance dei servizi sanitari: medici e manager

Chris Ham, Health Service Management Centre, Università di Birmingham (UK)  
Traduzione di Francesca Siracusano

## Abstract

### *Improving the performances of health services: clinicians and managers*

*There is now a growing body of evidence on how to improve health performances. Radical solutions promulgated in the past by health care reformers achieved only negative or no other results than failure in providing service in health care. In professional organizations like hospitals and primary care practices there is a strong conviction that clinician's participation in bringing changes is essential. Other coercive strategies bring only damage to the system's functionality. Change begins by involving clinicians in leadership roles and by providing them with the necessary time, resource and trust. Never has there been greater need to establish links between improvement strategies and clinicians.*

Quaderni acp 2004; 11(4): 144-146

**Key words** Health services. Services performance. Clinician. Manager. Clinical leadership

*Comincia ad esserci qualche evidenza sul modo di migliorare le performance dei sistemi sanitari. È sicuramente dimostrato che le soluzioni radicali che sono state pensate in passato dai politici riformatori non hanno portato ad alcun risultato se non la compromissione della fornitura dei servizi nel sistema sanitario. Si fa strada la convinzione che nelle organizzazioni professionali come gli ospedali e l'area delle cure primarie ogni tentativo di produrre cambiamenti necessita comunque della partecipazione dei clinici e non bastino iniziative coercitive delle direzioni strategiche che anzi danneggiano la funzionalità del sistema. Il cambiamento non può che iniziare coinvolgendo i clinici a partire dalla individuazione di leadership cliniche che si avvalgano della collaborazione dei pari. A questa leadership vanno riconosciute adeguate risorse, tempo e fiducia. L'importanza di legare le iniziative delle direzioni strategiche a quelle dei clinici non è mai stata grande come ora.*

**Parole chiave** Servizi sanitari. Efficienza dei servizi. Clinici. Manager. Leadership clinica

*Questo articolo affronta un argomento più volte trattato da "Quaderni acp": la relazione fra direzioni strategiche e clinici nell'assunzione di responsabilità gestionali da parte di questi ultimi. Lo riproduciamo da "Lancet" (2003;361:1978) per la chiarezza con la quale affronta i lati principali del problema (ndr).*

La riforma del sistema sanitario inglese, nel decennio scorso, è stata guidata da alcune idee di tipo politico: l'integrazione pubblico/privato, la competizione amministrata, la "managed care", l'integrazione delle cure. Oggi si è capito che erano astrazioni che rivelano le grandi ambizioni dei riformatori del sistema sanitario che hanno pensato a soluzioni radicali nella speranza di ottenere miglioramenti nella performance del sistema. Alla fine si è registrato che la compressione dei finanziamenti ha provocato un grave deterioramento dei ser-

vizi erogati. La riforma ha visto fallite sia le intenzioni che le aspettative. Il fallimento è stato dovuto, almeno in parte, alla limitata importanza attribuita, nella generazione del cambiamento, alle attività cliniche, cioè alle decisioni quotidiane di medici, infermieri e altri operatori. Queste sono state subordinate a concetti astratti che hanno spesso creato incomprensioni e conflitti fra l'intento dei politici riformatori e la realtà della effettiva erogazione dei servizi.

Un aspetto chiave delle organizzazioni di tipo professionale, come la sanità (Henry

Mintzberg lo notò già venti anni fa), è che i professionisti hanno in esse un ampio controllo (1).

La possibilità del management politico di influenzare le capacità decisionali dei professionisti nella sanità ha perciò più vincoli che in altre organizzazioni.

Perciò in ambito sanitario vanno cercate, paradossalmente, modalità di produrre cambiamenti partendo dal basso, più che dall'alto, e tenendo presente la necessità di coinvolgere i professionisti nel processo di riforma mediante il riconoscimento dell'importanza dei loro organi collegiali, delle organizzazioni professionali e del ruolo che gli opinion-leaders professionali possono avere nel determinare il cambiamento.

L'intuizione di Mintzberg è stata rafforzata dalle esperienze di iniziative di miglioramento della qualità nell'organizzazione delle cure in molti Paesi.

## Il coinvolgimento dei clinici

Le influenze sulla pratica clinica sono molte e varie; nessun approccio da solo sembra essere sufficiente a migliorarne le prestazioni.

Sono necessari più interventi: iniziative formative, uso di *opinion leaders*, meccanismi di *peer review* e incentivi sia economici che di altra natura. A fronte di molti di questi interventi, i clinici hanno bisogno di tempo per esaminare le procedure stabilite e riuscire a introdurre modalità più efficienti di erogazione dei servizi.

Bisogna comunque tenere presente che la prima motivazione che va rafforzata nei clinici rimane il desiderio di aiutare le persone affidate alle loro cure mediante uno standard di servizio elevato e in modo tempestivo e cortese. Strategie che si affidano a questa motivazione, come gli aiuti per la formazione e lo sviluppo professionale, sembrano avere presso i clinici maggiore adesione rispetto a quel-

Per corrispondenza:

Chris Ham

e-mail: [chris.ham@doh.gsi.gov.uk](mailto:chris.ham@doh.gsi.gov.uk)

organizzazione sanitaria

le in cui si sceglie il controllo coercitivo sui professionisti per far sì che i servizi siano erogati in modo efficiente.

I gravi limiti delle iniziative coercitive sui professionisti sono stati sottolineati in studi sul cambiamento delle organizzazioni sanitarie. Si è dimostrato che i professionisti sono poco propensi a produrre cambiamenti se non intravedono con chiarezza vantaggi per la propria attività e per i pazienti (2). Senza questa precisa motivazione è difficile produrre cambiamenti.

Altri ricercatori, in altri studi inglesi, hanno riportato risultati simili (3) e hanno sottolineato la fragilità dei cambiamenti che sono introdotti senza un effettivo coinvolgimento dei clinici. Un lavoro canadese (4) ha confermato la necessità di fare comprendere ai clinici che anche essi avranno un beneficio dai cambiamenti destinati a migliorare l'assistenza dei pazienti.

La lezione generale che si trae da questi studi è quella che si diceva all'inizio. Le organizzazioni sanitarie hanno una struttura di gestione del cambiamento di tipo "invertito": le persone collocate più in basso hanno maggiore influenza sulle decisioni quotidiane rispetto a coloro che sono posti nominalmente più in alto nella scala gerarchica della organizzazione burocratica.

In questa *gerarchia sconnessa* i manager dell'organizzazione devono *negoziare* piuttosto che *imporre* nuove politiche. Disconoscere questa realtà e obbligare i professionisti al cambiamento daranno solo risultati parziali. La produzione di un cambiamento implica un lento e accurato lavoro, nel quale è necessario che i riformatori coinvolgano i *clinical leaders* e gli *opinion formers* per convincere i loro colleghi a fare le cose in modo differente. In questo processo sono necessari vari metodi e non uno solo. Purtroppo non ci sono evidenze che un metodo sia superiore all'altro.

Vi è anche una tesi secondo la quale la "fonte" della riforma va spesso trovata nella comunità clinica; il compito del manager è allora di fornire supporto ai clinici nel produrre il cambiamento, fornendo a questi *risorse e tempo*. Insomma, sia la leadership clinica che quella

manageriale sono necessarie per portare avanti un miglioramento nelle organizzazioni di tipo professionale.

### Il contesto del cambiamento

Tuttavia, se chi vuole introdurre riforme deve essere sensibile alle realtà e al funzionamento delle organizzazioni professionali, è necessario che anche i professionisti comprendano le necessità poste dalla politica. Il tempo in cui il ruolo del governo era semplicemente quello di provvedere alla struttura e alle risorse per



permettere alle figure professionali di agire autonomamente è finito da lungo tempo, se pure è esistito. La combinazione dell'aumento della spesa, del rapido aumento costante delle aspettative da parte del pubblico e il consenso sul fatto che si devono ridurre inaccettabili variabilità nella pratica clinica hanno portato a porsi delle domande sulle prestazioni professionali. In questo contesto la sfida per i clinici, e per le organizzazioni che parlano nel loro interesse, è di ammettere l'inevitabilità dell'aumento di responsabilità di fronte agli assistiti e di fronte allo stato, e di lavorare per il cambiamento.

Per essere più precisi, questo lavoro comporta la necessità di porre attenzione alla formazione teorica e al training dei clinici onde ottenere un nuovo equilibrio tra autonomia professionale e responsa-

bilità del clinico a mantenersi nei limiti delle risorse; in quest'ultimo ambito nasce la necessità per i medici di giocare un ruolo maggiore nella gestione del budget rispetto a quanto è stato tradizionalmente. Il provato effetto controproducente della "coercizione" sul lavoro dei medici comporta che vi sia un sistema ben sviluppato di leadership clinica che promuova, dall'interno, i cambiamenti. La leadership clinica deve sentire il bisogno di essere supportata dallo sviluppo di culture organizzative e di capacità che portino a migliorare il rendimento del sistema.

Il cuore di queste capacità sta nell'abilità di vedere i servizi dal punto di vista dei pazienti, di ottimizzare il processo di assistenza eliminando i passaggi non necessari, di affrontare le strettoie lasciando che i teams clinici realizzino lo standard di cure cui aspirano. Importante è anche confrontare la richiesta di servizi con la capacità di assicurare che essi coincidano con le richieste dei pazienti.

### Ostacoli al cambiamento

Ci sono due ostacoli all'effettivo coinvolgimento dei clinici nel cambiamento e allo sviluppo di una leadership clinica all'interno di una organizzazione di pari. Il primo è nella natura del lavoro professionale all'interno del sistema sanitario. L'autonomia rimane altamente apprezzata, e c'è una riluttanza da parte di alcuni a tollerare che i loro pari assumano un ruolo di leadership.

Oltre a questo bisogna dire che gli incentivi per i clinici che assumono il ruolo di leader non sono adeguati se si tiene conto che il leader deve occuparsi oltre che delle nuove incombenze manageriali anche del suo lavoro clinico, della ricerca, della sua carriera, della sua necessità di migliorare il reddito e di conservare tempo libero. Nel caso del Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS) si è cominciato questo processo, con lo sviluppo di ruoli di *Medical director* e *Clinical director* negli ospedali, ma molto deve essere ancora fatto per estendere questi ruoli di leadership, oltre che negli ospedali, anche nelle cure primarie. Le politiche di miglioramento delle performance devono inoltre confrontarsi

# IL 6+1

secondo Lucio Basile

## VACCINAZIONI RACCOMANDATE

con il fatto che ospedali e cure primarie vedono presenti al loro interno sia *conservatori* che *innovatori*. Lasciate a se stesse, queste organizzazioni sono bloccate nel loro cambiamento da una sorta di somma algebrica delle tendenze. Questo sottolinea l'importanza del ruolo promotore di manager e politici nel creare il contesto in cui l'effettiva leadership clinica si può esercitare.

Ma bisogna anche sottolineare che al cambiamento è anche di ostacolo l'impazienza dei riformatori. Se è provato che il cambiamento nelle performance dei sistemi di salute e della pratica clinica è meglio recepito attraverso il coinvolgimento clinico e una serie di passaggi successivi, piuttosto che attraverso un intervento deflagrante; questo processo potrebbe non soddisfare la politica quando chiede di vedere risultati rapidi. In verità, in questi casi, il vero risultato sarà un abisso di incomprensioni tra politici e clinici. Per evitare questo rischio, la politica ha bisogno che le si ricordi l'effetto limitato delle riforme deflagranti.

### La strada percorribile

Assumendo che questi ostacoli possano essere superati, due punti hanno bisogno di particolare enfasi. Il primo è che i leader clinici hanno bisogno di *seguaci* per essere efficienti e non possono essere soli. Lo sviluppo di aree di collaboratori dei leader è, nelle organizzazioni sanitarie, una sfida ancora maggiore dello sviluppo della leadership.

La creazione di strutture volontaristiche nelle quali i professionisti siano disposti a seguire i loro pari che rivestono ruoli di direzione ha bisogno di altrettante attenzioni e incoraggiamenti della individuazione della leadership clinica. La sola leadership insomma non basta. Collegata a questo è la necessità di una migliore comprensione del ruolo della leadership nelle organizzazioni sanitarie.

La ricerca sulla leadership negli ospedali canadesi risottolinea il ruolo dell'importanza di un gruppo di pari piuttosto che di singoli eroismi. Sottolinea anche la natura fragile e contingente della leadership e la tendenza di procedere attraverso progressivi adattamenti. Maggiori

studi sulla pratica della leadership e i loro risultati in diversi sistemi sono necessari per fornire una base di evidenza che dia supporto ai programmi di sviluppo organizzativo.

In assenza di tali studi, vi è il rischio che le intuizioni che possono essere desunte dalle semplici esperienze possano essere fuorvianti.

### Conclusioni

Abbiamo ora un certo numero di evidenze su come migliorare la performance dei servizi sanitari. Insieme alla evidenza negativa dell'effetto di soluzioni radicali attuate da frettolosi riformatori è aumentata la chiarezza sulle condizioni che sono necessarie perché il cambiamento avvenga.

Nelle organizzazioni di tipo professionale, come gli ospedali e le cure primarie, queste condizioni includono il coinvolgimento di clinici per condurre al cambiamento, attraverso lo sviluppo e il consolidamento della leadership clinica. In considerazione di questa evidenza, il ruolo dei riformatori non sembra essere quello di cacciatori di idee appariscenti, ma piuttosto di costruire il cambiamento e l'innovazione dall'interno delle organizzazioni esistenti.

Questo potrebbe essere un lavoro lento e non attraente, ma a lungo termine sembra avere maggiore effetto di ulteriori, vigorose scosse politiche. L'obiettivo sempre presente è quello di incanalare le energie di clinici e riformatori nella ricerca per miglioramenti di performance che avvantaggiano i pazienti e soddisfano i clinici. L'importanza di collegare l'approccio dall'alto e dal basso per operare il miglioramento non è mai stata maggiore. Da questo legame dipende il futuro dei sistemi di cura organizzati. ♦

### Bibliografia

- (1) Mintzberg H. The structuring organizations. Englewood Clifts: Prentice-Hall, 1979
- (2) McNulty T, Ferie E. Reengineering Health Care. Oxford: Oxford University Press, 2002
- (3) Joss R, Kogan M. Advancing Quality. Buckingham: Open University Press, 1995
- (4) Denis JL, Lamothe L, Langley A, Valette A. The struggle to redefine boundaries in Health care system. In: Borck D, Powell M, Hinings CR (eds). Restructuring the professional organization. London: Routledge, 1999:105-30

