

Avere l'albo degli idonei non significa avere i manager delle aziende sanitarie

di Elio Borgonovi

Con un lavoro che senza dubbio può essere considerato massacrante e sotto la pressione del tempo, è stato definito da parte dell'apposita commissione l'elenco degli idonei alla funzione di Direzione Generale delle aziende sanitarie. È un risultato che va salutato con soddisfazione, pur con alcune inevitabili sorprese riguardanti alcune esclusioni, non è dato sapere se per mancanza di requisiti per la partecipazione o per mancato raggiungimento del punteggio minimo di 70 previsto dal bando. Peraltro, come è chiaramente indicato in ogni pagina dell'elenco, si attendono le verifiche di rito rispetto alle autocertificazioni. Inoltre si attende anche l'esito dei numerosi ricorsi che sembra siano stati presentati relativamente ai requisiti minimi di partecipazione previsti dal bando, in particolare il possesso del titolo di frequenza ai corsi regionali che alcune regioni non avevano attivato.

Tuttavia non bisogna eccedere con gli entusiasmi che appaiono da alcuni titoli di quotidiani quali "I manager saranno valutati e potranno essere cacciati se non raggiungono gli obiettivi" o espressioni simili. Ciò per almeno due motivi. Primo perché l'inclusione o l'esclusione dall'albo non è di per sé il riconoscimento di qualità manageriali, in quanto sono stati la conseguenza dei requisiti posti dal bando e dalla definizione dei punteggi per il riconoscimento della carriera e di titoli quali frequenza a corsi di specializzazione, a corsi di tipo organizzativo e manageriale superiore a cinquanta ore, pubblicazioni e altri titoli. È evidente che ogni sistema di riconoscimento, qualificazione, accreditamento, certificazione delle conoscenze, capacità e competenze (quelle che in molti sistemi vengono definiti il modello KSC, ossia Knowledge Skills Competencies) presenta limiti ed è perfettibile. Nel caso specifico era evidente dal bando che venivano premiati profili di carattere medico (alto punteggio attribuito al conseguimento del titolo di specializzazione) e con significativo orientamento alla ricerca (punteggi attribuiti alle pubblicazioni), dimensioni che non necessariamente corrispondono sempre a elevate qualità manageriali. Si può tuttavia ritenere che la commissione abbia fatto un buon lavoro perché l'elenco ha sicuramente incluso persone con profili molto diversi, il che consentirà alle regioni ampi margini di selezione dei direttori generali, sanitari e amministrativi delle proprie aziende dotati di profili coerenti con le proprie strategie di sistema. In secondo luogo va sottolineato che il management è una funzione che si basa su conoscenze, capacità e competenze specifiche relative al funzionamento di sistemi organizzativi complessi, quali sono le aziende sanitarie, ma non può limitarsi a esse. Management significa attitudine a gestire relazioni organizzative (con il personale), istituzionali (per esempio con la Regione, con il Ministero, con gli organi tecnici del Ministero quali AGENAS, ISS, enti locali), politiche (non in senso di partiti o movimenti, ma in termini di organismi politici cui i manager devono far riferimento), sociali (con i pazienti, con le comunità, con i media). Ciò vuol dire che la funzione manageriale è molto più ampia e complessa: non si limita a prendere decisioni, trasmettere indirizzi o a esercitare un potere organizzativo, ma implica una capacità di leadership che consiste nel "tirarsi dietro l'organizzazione" ed essere

in grado di motivare centinaia e a volte qualche migliaia di persone verso un obiettivo comune dell'azienda, che in sintesi è quello di dare risposte di qualità ai bisogni di salute della popolazione.

Chi da lungo tempo opera a vario titolo all'interno dell'SSN e conosce un certo numero di persone incluse nell'elenco, può facilmente capire che sono presenti diversi "profili manageriali". Vi sono persone che hanno un background di tipo medico e che quindi possono essere molto attenti agli aspetti dei modelli assistenziali, dei rischi clinici e altri aspetti che forse consentono loro di interagire meglio con i professionisti sulla base dello stesso linguaggio. È però opportuno il dubitativo, perché a volte chi ha un background di carattere medico può correre il rischio di voler imporre un "potere gerarchico" nei confronti di altri medici. A chi scrive è capitato in passato di discutere con medici che avevano posizioni di direzione generale o addirittura a livello di programmazione regionale che volevano entrare nel merito di "dettagli" sulla organizzazione di servizi assistenziali. In questi casi è stato difficile chiarire che l'autonomia professionale deve essere comunque rispettata e che gli indirizzi di programmazione o le scelte di direzione generale devono limitarsi a definire criteri, formulare indirizzi, esplicitare sistemi di controllo dei risultati, attivando eventualmente processi per convincere i medici ad adottare soluzioni razionali e funzionali alla natura dei bisogni dei pazienti. Nell'elenco sono presenti persone che hanno un background di carattere giuridico e che quindi tendenzialmente daranno maggior peso agli aspetti formali o procedurali, richiamando soprattutto i vincoli posti dalle normative che, purtroppo, sono troppo numerose. Ancora sono presenti persone con un background di carattere economico, anche se statisticamente meno numerose, che saranno portate a porre la loro attenzione soprattutto sui dati di bilancio, sul rapporto benefici-costi, sui sistemi di controllo di gestione. Sono presenti, infine, persone con background di carattere sociologico o di discipline umanistiche che potrebbero essere tendenzialmente più sensibili agli aspetti della qualità delle cure e dell'integrazione socio-sanitaria. Comunque va sottolineato che il background non determina necessariamente uno degli orientamenti sopraricordati, perché l'esperienza può modificare anche profondamente l'orientamento dato dalle conoscenze di partenza.

Si può dire che ora inizia il bello, la palla passa alle Regioni, per dirla più scientificamente le Regioni devono porsi la domanda sul tipo di profili che ritengono più adatti per il proprio sistema. Infatti le Regioni possono "pescare" dall'elenco, ma devono (o dovrebbero) farlo avendo definito una propria strategia di cambiamento. Molte di esse hanno adottato negli ultimi tre anni leggi di riorganizzazione dei propri servizi sanitari e altri provvedimenti sull'accorpamento di ASL, sulle strutture di cure intermedie (per esempio Case della Salute), sull'assistenza a pazienti con cronicità, sull'assistenza psichiatrica e su altri settori. Si tratta di provvedimenti che sono in fase di attuazione, che notoriamente rappresenta una delle debolezze del sistema Italia in generale e del SSN in particolare. Non è il caso di ricordare le riforme rimaste prevalentemente sulla carta o comunque attuate solo parzialmente, né le contraddizioni tra le formulazioni di modelli, spesso all'avanguardia anche a livello mondiale, e la bassa qualità dell'attuazione dovuta, molte volte, alla scelta di persone non adeguate al proprio ruolo. Uno dei principi di base della buona organizzazione è quello di "mettere le persone al posto giusto" ma spesso nel settore pubblico è stato applicato nel concreto l'esatto contrario, ossia sono state messe "le persone sbagliate nel posto sbagliato", oppure le "persone giuste nel posto sbagliato". Quest'ultima osservazione significa che le persone avevano interessanti "profili manageriali" ma erano state poste al vertice di aziende che richiedevano altri profili. Per esempio un direttore generale molto competente sul piano tecnico-sanitario, tecnico-amministrativo, tecnico-giuridico in un'azienda nella quale era fondamentale gestire conflitti e promuovere un ambiente di lavoro più collaborativo. Viceversa porre persone con elevate capacità relazionali, ma con scarsa autorevolezza sul piano delle competenze tecniche negli ambiti sopraricordati, in aziende nelle quali erano necessari obiettivi e indirizzi chiari e precisi e sistemi di controllo molto definiti e poco negoziabili. Le considerazioni appena svolte prescindono dal tema della "politicizzazione" nelle scelte dei vertici delle aziende

sanitarie. Anche se questo fenomeno esiste, chi scrive non riconosce nel novero dei critici anti-sistema. Al contrario si sente modestamente di proporre ai governatori e alle giunte delle Regioni una riflessione sul rapporto tra politici e manager. Il pessimo politico è colui che sceglie per certe posizioni gli amici (di partito, di università, di appartenenze di altro tipo) pur sapendo che essi sono inadeguati per la funzione attribuita. Questi politici sono pessimi non solo per la società e per il bene comune, ma anche per se stessi, poiché avendo scelto collaboratori inadeguati corrono un elevato rischio di perdere il consenso. Vi sono poi politici che potrebbero essere definiti ingenui o poco attenti poiché scelgono gli amici senza preoccuparsi di verificare le loro competenze o basandosi su “valori” astratti quali l’onestà, la buona volontà, l’impegno. Non sanno, o si accorgono tardi, che questi valori sono un prerequisito o una condizione ma non sono sufficienti per gestire realtà complesse quali sono le aziende sanitarie. Vi è un terzo gruppo che può essere considerato dei “buoni politici” composto da chi tra gli amici cerca sempre di scegliere “i migliori”; quando si tratta di politici che hanno un po’ di esperienza può essere abbastanza facile trovare persone valide anche nella cerchia dei propri amici o possono farsi suggerire da amici fidati nomi di persone adeguate alle funzioni e alle responsabilità da assegnare. Questi politici possono trarre benefici anche in termini di consenso dalla “buona amministrazione” garantita da persone competenti. Infine esiste un quarto gruppo costituito da “politici di razza” costituito da coloro che “tra un gruppo di migliori (in termini di capacità manageriali nel caso specifico) scelgono gli amici”. Applicando quest’ultimo criterio al tema oggetto di questo editoriale, l’auspicio è che nell’elenco vi sia almeno un numero abbastanza elevato di persone con “alto profilo manageriale” fra le quali ogni Regione possa scegliere “gli amici tra i migliori”.

Il tema della scelta introduce a quello della valutazione sottolineato con enfasi nei titoli di alcuni media. Si può dire che si tratta di uno scoop giornalistico di tipo positivo, ma occorre essere sinceri: si tratta di una bufala o di una fake news, come si dice oggi. Ciò perché non è vero, in quanto sistemi di valutazione dei direttori generali erano già da tempo applicati dalle Regioni sulla base di obiettivi e criteri più o meno chiari. È pur vero che questi sistemi molte volte sono stati applicati in modo a dir poco singolare. Per esempio, gli obiettivi sono stati assegnati ai direttori generali due anni dopo la nomina con valenza retroattiva. Si tratta ovviamente di un assurdo sul piano non solo giuridico-formale ma soprattutto su quello del buon senso, in quanto è ovvio che in questi casi tutti i direttori generali, sanitari e amministrativi per definizione o potevano dichiarare di aver raggiunto gli obiettivi o al contrario potevano dichiarare di non averli potuti raggiungere avendoli ricevuti “a cose fatte”. L’assegnazione degli obiettivi “a tempo scaduto” è stato un artificio formale per poter rispondere alla norma che prevede una parte di retribuzione variabile collegata a risultati della gestione. Altre volte i sistemi di valutazione sono stati utilizzati per “cacciare” direttori generali considerati scomodi rispetto agli indirizzi della politica e non sulla base di riscontri oggettivi sul mancato raggiungimento degli obiettivi.

In secondo luogo si può dire che la valutazione non è mai un processo automatico, standardizzabile, oggettivo. La valutazione dei direttori generali deve essere collegata a una strategia di cambiamento della regione, alla traduzione della strategia in obiettivi assegnati alle aziende che costituiscono il sistema regionale, alla definizione di obiettivi e di indicatori di risultato misurabili alla disponibilità di un sistema informativo in grado di produrre tempestivamente i dati necessari per rilevare i risultati della gestione, alla presenza di organi che a livello regionale sono in grado di monitorare l’andamento della gestione per fornire a chi deve valutare informazioni corrette sul piano della metodologia di rilevazione. Non necessariamente tutti questi elementi devono essere presenti in modo rigoroso, ma se un numero significativo di questi elementi è assente non si può certo parlare di valutazione dei direttori generali. Sarebbe troppo facile e troppo bello se bastasse un elenco di direttori generali per avere una valutazione “oggettiva” o quantomeno rigorosa, ma il mondo reale è assai diverso. Chi ha predisposto un elenco di persone che sulla base dell’esperienza e dei titoli documentati presentano caratteristiche giudicate necessarie per la posizione di alta responsabilità

ha fatto il proprio dovere. Spetta ora a chi deve scegliere effettivamente le persone realizzare tutte le condizioni non solo per la scelta dei migliori ma anche per la loro valutazione. Peraltro se poi si vuole essere ancora più realisti, si può dire che, o almeno quella più significativa, viene data dai pazienti che trovano risposte più o meno soddisfacenti ai propri bisogni di salute.

Infine si deve ricordare che la scelta dei direttori generali dovrà tener conto che stiamo vivendo in un'epoca caratterizzata dalla complessità. In questo mondo non esistono soluzioni semplicistiche, ma occorre seguire una logica che può essere definita come forma di strabismo da un lato e di ambidestrisimo dall'altro. Strabismo perché occorre scegliere persone in grado di pensare secondo gli schemi della complessità, in grado di tener presente che sono tante le variabili che agiscono sui risultati delle aziende e sulla qualità dei direttori generali, amministrativi e sanitari. Al contempo la Regione deve adottare sistemi di valutazione semplici, concetto assai diverso da semplicistici. Semplici vuol dire che occorre definire criteri e parametri di valutazione in numero limitato, preciso, facilmente rilevabile, coerente con le strategie di cambiamento adottate dalle Regioni, concentrati sui risultati di salute, senza ricorrere ad algoritmi complessi, spesso incomprensibili, da cui trarre il punteggio da assegnare ai direttori generali. Adottare sistemi complicati e algoritmi sofisticati che considerano decine di indicatori di appropriatezza, esiti clinici, efficacia, efficienza, economicità/costi non significa avere sistemi oggettivi, ma spesso significa dare a chi valuta la possibilità di trovare una motivazione "pseudo-oggettiva" per rimuovere persone non allineate agli indirizzi politici o tecnici. Le regioni dovranno scegliere per i vertici delle aziende sanitarie persone dotate in una certa misura di quello che le teorie manageriali definiscono ambidestrisimo. Persone che da un lato sono capaci di gestire le problematiche correnti, di risolvere i problemi che giorno per giorno si presentano, ma dall'altro aperte e determinate nel realizzare processi di cambiamento. È questa la maggiore sfida del sistema di tutela della salute che, come tutta la società, si trova non in "un'epoca di cambiamento", ma in un "cambiamento d'epoca". Occorrono persone che siano in grado di gestire il presente pensando ai cambiamenti strutturali che sempre più caratterizzeranno la tutela della salute (robotica, intelligenze artificiali, nanotecnologie, fisica dei materiali, genomica, proteomica, nutraceutica, terapie geniche ecc.) e non persone che gestiscono il presente, sulla base della loro esperienza del passato, spesso rincorrendo problemi non risolti ma che comunque sono superati dall'evoluzione delle conoscenze scientifiche, dalle innovazioni tecnologiche, dalla modificazione dei valori e dei comportamenti delle persone.

Il tema centrale nella scelta dei direttori generali diventa allora "il tema centrale" dell'attuale periodo storico, quello di come ci si pone di fronte al cambiamento. Trovarsi in un "cambiamento d'epoca" significa trovarsi in un mondo nel quale cambiano contestualmente e rapidamente le conoscenze scientifiche, addirittura il paradigma di sviluppo delle conoscenze (dalla evidence based basata sulla sperimentazione alla evidence based basata su real world data), le tecnologie, i modelli di business (nel caso delle aziende sanitarie i modelli assistenziali), i sistemi politico-istituzionali (si pensi alla crisi che sembra irreversibile dei partiti ottocenteschi nel mondo occidentale), i sistemi sociali (si pensi all'impatto dei social network e delle realtà aumentate e virtuali che influenzano lo stato di salute). Di fronte a questa realtà occorre impiegare un principio facile da enunciare, ma difficile da applicare nel concreto: "bisogna pensare con una visione ampia e di lungo periodo, ma essere efficaci nel realizzare con piccoli passi coerenti con le proprie capacità e risorse, ma che devono essere veloci e nella direzione definita dalla visione, poiché il mondo cambia velocemente".