

## Il bisogno di leadership nella governance sanitaria e nel policy-making

Rapporto della prima edizione della “European Academy for Healthcare Leaders” – 15-17 Novembre 2018 (Roma)\*

*The need of leadership in managing healthcare and policy-making*

Report of the first European Academy for Healthcare Leaders – 15-17 November 2018 (Rome)

**Emanuela Maria Frisicale<sup>1,2,3</sup>, Adriano Grossi<sup>1,2</sup>, Pasquale Cacciatore<sup>1,2</sup>, Elettra Carini<sup>1,2</sup>, Leonardo Villani<sup>1,2</sup>, Angelo Maria Pezzullo<sup>1,2</sup>, Andrea Gentili<sup>1,2,4</sup>, Miguel Cabral<sup>1,5,6</sup>, Andrea Silenzi<sup>1,4</sup>, Carlo Favaretti<sup>1,4</sup>, Paolo Parente<sup>1,2,3</sup>, Walter Ricciardi<sup>1,2,4,7</sup>.**

### Abstract

The present report summarizes the contents of the first edition of the “European Academy for Healthcare Leaders”, held in Rome from the 15th to 17th of November 2018 and organised by the World Health Organization Collaborating Centre (WHOCC) on Health Policy, Governance and Leadership in Europe of the Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. The aim of the event was to offer a high level training on leadership and governance of health systems to the representatives of the Ministries of Health of the Member States of WHO European Region.

It was organized in a mixed format, including both traditional lecture sessions from experts in the field and interactive workshops. The contents regarded the role of leadership in facing health systems global challenges; the vision, the leadership and the governance of the WHO; the

leadership needed to reorganize health systems according to the value based healthcare perspective; health systems sustainability; change management and the developing of leadership skills.

### 1. Il ruolo della leadership nell'affrontare le sfide dei sistemi sanitari a livello globale

I sistemi sanitari europei stanno affrontando sfide comuni: la transizione demografica ed epidemiologica, i fenomeni migratori interni ed esterni alle nazioni, la crescente urbanizzazione, il ritorno di malattie infettive troppo presto considerate sconfitte, la comparsa di organismi antibiotico-resistenti, l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, la debolezza dei sistemi di prevenzione e di cure primarie rappresentano problemi a cui nessun Paese europeo può dirsi immune. Questi cambiamenti nel loro complesso stanno avvenendo contemporaneamente e rapidamente, rappresentando gli elementi di quella che può essere definita come una “tempesta perfetta” per la sopravvivenza dei sistemi sanitari.

La risposta a queste sfide non può essere ricercata semplicemente in un improbabile aumento della spesa sanitaria. I sistemi in grado di salvarsi dalla “tempesta perfetta” saranno, infatti, solo quelli in grado di riprogrammare i propri servizi nell'ottica della sostenibilità. I cambiamenti che già stanno avvenendo nelle tecnologie informatiche, nelle aspettative di cittadini e pazienti, nei sistemi di pagamento e nei metodi di erogazione andranno guidati per fornire alla popolazione un'assistenza sanitaria di valore. L'aumento del valore generato dall'assistenza sanitaria è una sfida che può essere vinta solo con la trasformazione dei sistemi sanitari.

Il passaggio dal ventesimo al ventunesimo secolo si caratterizza per lo spostamento del focus dal medico al pazien-

<sup>1</sup> World Health Organization Collaborating Centre (WHOCC) for Health Policy, Governance and Leadership in Europe, Roma, Italia

<sup>2</sup> Dipartimento di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

<sup>3</sup> Azienda Sanitaria Locale - ASL Roma 1, Roma, Italia

<sup>4</sup> Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

<sup>5</sup> António Luz Public Health Unit, Cluster of Health Centres of Amadora, Lisbona, Portogallo

<sup>6</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbona, Portogallo

<sup>7</sup> Dipartimento delle Scienze della Salute della Donna e del Bambino e di Sanità Pubblica, Fondazione Policlinico “A. Gemelli” IRCCS, Roma, Italia

\* I nomi degli esperti e dei partecipanti alla “European Academy for Healthcare Leaders” sono riportati in Appendice.

### Indirizzo per la corrispondenza:

Emanuela Maria Frisicale  
emanuela.frisicale@gmail.com

te. Il paziente deve essere necessariamente abilitato alla co-produzione di salute e deve imparare a muoversi in un sistema altamente integrato, sburocratizzato e interconnesso. Inoltre, un sistema sanitario sostenibile deve necessariamente concentrarsi sui concetti di valore e di spreco, perseguendo il primo ed evitando il secondo, nella consapevolezza che il miglioramento della salute dei cittadini è frutto delle competenze cliniche e gestionali e non dell'aumento indiscriminato delle risorse impiegate.

Pertanto, garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari ha il duplice obiettivo di migliorare la salute dei cittadini e di evitare l'aumento della spesa sanitaria. Ciò può essere ottenuto riprogrammando il sistema salute, investendo sulla prevenzione, sulla responsabilizzazione dei cittadini a perseguire stili di vita salutari e sulla riorganizzazione dell'assistenza.

Inoltre, la salvaguardia dei sistemi sanitari dovrà necessariamente passare per scelte che siano basate sulle prove scientifiche (*evidence-based decision-making*), ovvero dovrà essere in grado di coniugare le migliori prove disponibili con le caratteristiche, i bisogni, i valori e le preferenze della popolazione, utilizzando le risorse umane e finanziarie disponibili. Sistemi sanitari efficaci ed efficienti dovranno pertanto:

- Essere proattivi, prevenendo e trattando tempestivamente le malattie;
- Erogare i trattamenti in modo personalizzato;
- Garantire un incisivo supporto al *decision-making* clinico;
- Favorire il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza;
- Valutare l'efficacia degli interventi sanitari nel mondo reale;
- Disporre di un sistema efficace di reportistica e monitoraggio degli errori medici;
- Coinvolgere i pazienti nel processo di cura.

Attraverso questa visione dei sistemi sanitari, basata sull'evidenza scientifica, si potrà rispondere alle sfide del welfare del XXI secolo e all'incremento esponenziale dei costi sanitari. Esercitare leadership in questo contesto dovrà pertanto corrispondere alla capacità di traslare questa visione nella realtà, avendo presente che la forza di un leader è immaginare, pianificare e costruire il futuro proprio e del Paese.

### 1.1 Leadership e comunicazione

Un leader in campo sanitario deve essere in grado di comunicare per poter influenzare le politiche pubbliche e l'allocazione delle risorse all'interno dei sistemi sanitari stessi.

Il primo passo per una corretta comunicazione è la lettura della storia. Solo imparando dal passato è possibile evitare di replicare errori già verificatisi. Uno degli errori principali, dunque, risiede nel supporre che le persone siano già correttamente informate e a conoscenza dell'argomento che si vuole trattare. L'ignoranza e la disinformazione spesso

condizionano i giudizi e i pensieri degli individui, determinando la creazione di pregiudizi errati, ma fortemente sostenuti e difficili da scardinare.

Di conseguenza, una corretta informazione deve mirare a rendere visibile ciò che è invisibile: individui che vivono in condizioni delicate, problemi, eventi già verificatisi o che avranno un forte impatto sul futuro devono essere portati alla luce, analizzati e comunicati. La perdita degli insetti pronubi, ad esempio, rappresenta un problema su scala mondiale che potrebbe avere un impatto devastante sulla disponibilità di cibo nei Paesi a basso reddito. Si stima che, in breve tempo, 71 milioni di persone potrebbero nuovamente andare incontro ad una carenza di vitamina A, le forniture globali di frutta potrebbero diminuire del 23%, quelle di verdura del 16% e noci e semi del 22%. Questi cambiamenti potrebbero portare ad un aumento del numero di morti da malattie non trasmissibili e da malnutrizione di circa 1,42 milioni [1].

Da ciò si evince che comunicare in modo semplice e chiaro è fondamentale. Per tale motivo, appare imprescindibile avere un rapporto esplicito con il mondo politico. Indipendentemente dall'onestà e dalla competenza del politico con cui si entra in contatto, bisogna essere sempre capaci di supportare, informare o effettuare delle azioni atte a scardinare i pregiudizi dei politici in modo trasparente, esplicito, chiaro e persuasivo, ponendo sempre particolare attenzione alle caratteristiche dell'interlocutore.

### 1.2 Leadership e salute globale

Come abbiamo visto, un leader deve essere in grado di influenzare le politiche di sanità pubblica e l'allocazione delle risorse economiche all'interno dei sistemi. Tale capacità è necessaria per ridurre le disuguaglianze e le disparità che esistono in un singolo Paese o tra diversi Paesi. Purtroppo, a livello mondiale sussiste attualmente una significativa disparità nell'assistenza e nel trattamento delle patologie, che rispecchia il carico di malattie che colpiscono la popolazione nei vari continenti.

Il *Global Burden of Disease*, infatti, mostra che le patologie croniche sono attualmente la principale sfida di salute per i sistemi sanitari di tutto il mondo, con particolare riferimento a quelli dei Paesi ad alto reddito. Tuttavia, i Paesi a basso reddito, in particolare quelli africani, nonostante un aumento della prevalenza di malattie croniche, sono ancora flagellati da patologie infettive trasmissibili: prevalentemente infezioni delle basse vie respiratorie, diarrea, HIV, malaria, morbillo e tubercolosi. Circa il 56% delle morti nella regione africana dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono dovute a patologie infettive, perinatali, complicanze materne durante la gravidanza o il parto e malnutrizione [2].

Le morti premature rappresentano un esempio di disuguaglianza nell'accesso alle cure di base. Nei Paesi a basso reddito, circa 30 milioni di persone muoiono ogni anno pre-

maturamente per patologie prevenibili e curabili, di questi circa la metà sono bambini sotto i 5 anni d'età. Anche la probabilità di morire per patologie cardiovascolari, tumori e diabete è nettamente superiore nei Paesi a basso reddito rispetto ai Paesi ad alto reddito, nonostante la prevalenza di tali patologie sia nettamente inferiore nei primi. Ciò è emblematico di una significativa disuguaglianza nella capacità di prevenzione e nella possibilità di cura per queste patologie. L'accesso all'acqua potabile e ai farmaci è ugualmente rappresentativo della forte disparità tra i Paesi: le disponibilità dei vaccini e del trattamento per l'epatite C sono, ad esempio, nettamente inferiori in Africa rispetto al resto del mondo.

Queste evidenze rappresentano un enorme problema di salute globale e impongono interventi mirati ed efficaci. La lotta all'infezione da HIV rappresenta un importante esempio di come sia possibile ridurre le disuguaglianze e garantire a tutti l'accesso alle cure. La patologia, iniziata a diffondersi nei primi anni Ottanta, causò in breve tempo la morte di milioni di persone, attirando l'attenzione tanto della comunità scientifica quanto di altre personalità quali politici, economisti, medici, comuni cittadini e pazienti che si interessarono a questo problema inerente la salute globale [3]. L'approccio multidisciplinare e la presenza di leader con una forte personalità hanno permesso di riconoscere l'importanza e il carattere globale del problema, favorendo la ricerca e la produzione di nuovi farmaci nonché evidenziando il ruolo cruciale dei pazienti, la centralità dei criteri di equità e diritto all'assistenza e alla cura.

## 2. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): visione, leadership e health governance

Un ruolo importante e di leadership nel campo della salute pubblica mondiale è svolto dall'OMS. Tale leadership è universalmente riconosciuta attraverso un mandato, firmato da tutti gli Stati Membri, che garantisce all'OMS i diritti e i doveri propri delle agenzie specializzate delle Nazioni Unite. Il suo scopo principale è quello di cercare di assicurare a tutte le persone il più alto livello di salute ovvero di garantire la salute pubblica. Infatti, se si vuole usare la definizione dell'OMS, la sanità pubblica si può considerare come "un'area di studio, ricerca e pratica che ha come priorità il miglioramento della salute e la copertura sanitaria a livello mondiale".

Il primo passo per raggiungere tali obiettivi si compie tramite delle appropriate politiche sanitarie. L'OMS sin dalla sua creazione ha sempre avuto come scopo quello di migliorare la salute globale attraverso delle politiche sanitarie mirate, atte a diminuire la disparità in termini di salute tra le popolazioni degli Stati Membri e all'interno dei Paesi stessi [4].

La sola legittimazione ad operare per tale scopo, però, non garantisce all'Istituzione il ruolo di leader. Per essere tale, occorre infatti avere anche una visione condivisa, un

ideale e la capacità di trasmetterlo. Come già esposto, tra i diversi valori promossi dall'OMS, quello forse più rappresentativo è la copertura sanitaria universale. Secondo questo principio tutte le persone dovrebbero avere accesso a servizi sanitari efficienti, senza dover incorrere in difficoltà economiche. Tale nobile obiettivo è stato descritto nel Tredicesimo *Global Programme of Work*, documento programmatico che raccoglie priorità ed obiettivi per il quinquennio 2019-2023. Punto chiave di questo documento è il raggiungimento entro il 2023 di un miliardo in più di persone che godono di buona salute, un miliardo in più di persone protette dalle emergenze sanitarie e un miliardo in più di persone protette da una copertura sanitaria universale.

Un altro motivo per il quale l'OMS è considerata leader a livello mondiale in ambito sanitario è la sua capacità di essere rapida nella gestione delle emergenze. Per esempio, nel 2008, in seguito al disastro provocato dal ciclone *Nargis*, l'OMS, insieme al Ministero della Salute del Myanmar, istituì postazioni mobili (battelli) in grado di dare soccorso alle persone colpite dalla calamità. Questo semplice intervento permise di salvare molte vite in Paesi e città difficilmente raggiungibili [5].

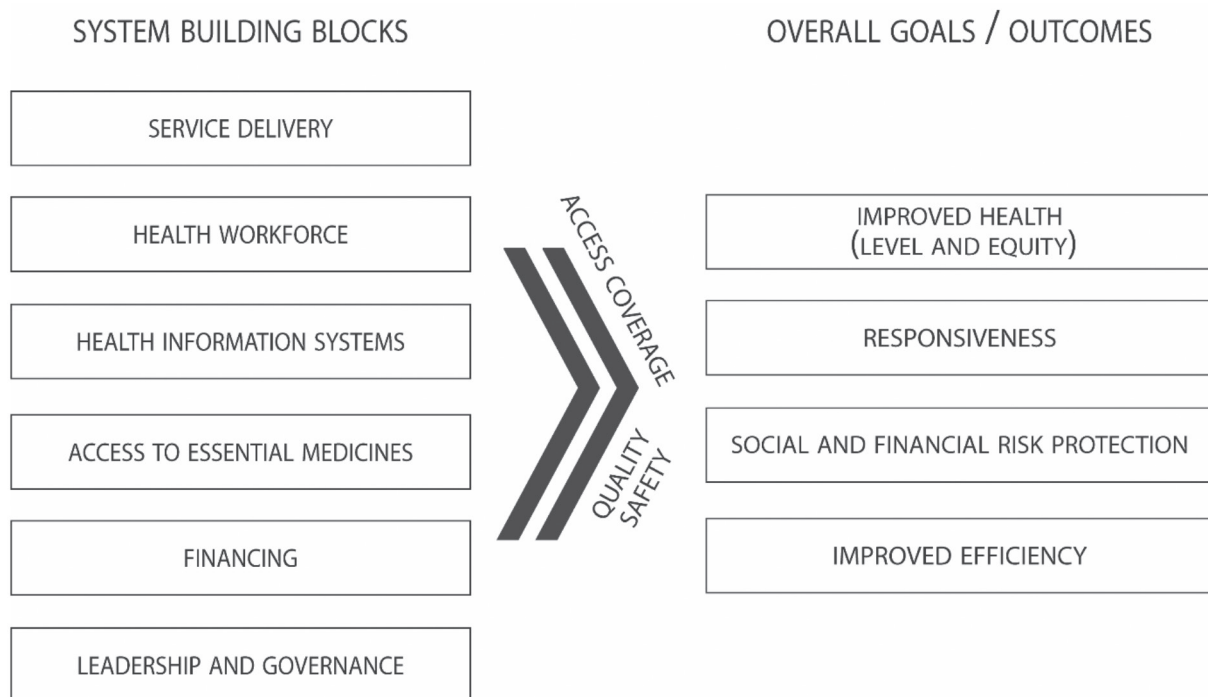
Un elemento su cui l'OMS sta investendo negli ultimi anni è la comunicazione. Come abbiamo visto precedentemente, questa sta assumendo un'importanza crescente. Con l'esplosione su larga scala dei social media, l'uso di una corretta comunicazione con le persone diventa la base per una efficace promozione della salute e prevenzione delle malattie.

Infine, il saper guardare al futuro rappresenta un ultimo punto della leadership dell'OMS che difatti si interroga e si aggiorna costantemente su tematiche quali il *change management* e possibili innovazioni, presenti e future, da poter inserire nel panorama sanitario. L'OMS non rappresenta più il solo protagonista nella sfida per la salute. Negli ultimi decenni, nuove organizzazioni hanno dimostrato di avere la capacità di cooperare per raggiungere quell'obiettivo comune che è la salute globale. Si tratta quindi di capire quale potrà essere in futuro il ruolo dell'OMS in questo panorama in continuo mutamento.

## 3. La leadership per riorganizzare i sistemi sanitari in chiave moderna

Come abbiamo già detto, l'obiettivo di ogni sistema sanitario, indipendentemente da come esso sia organizzato, è quello di migliorare e garantire la salute della popolazione su cui insiste. Per far ciò, è necessario esercitare alcune funzioni come la produzione di servizi sanitari, lo sviluppo di risorse professionali e non (farmaci e prodotti tecnologici), la mobilitazione e l'allocatione dei finanziamenti, e l'esercizio di leadership e governance nel presiedere i processi di un'organizzazione così tanto complessa.

Nell'ottica di rafforzare i diversi sistemi sanitari, nel 2007 l'OMS ha categorizzato le funzioni dei sistemi sanita-



**Figura 1.** WHO (2007). The Six Building Blocks of a Health System. Modificato da: *World Health Organization (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies* [6].

ri all'interno di 6 domini, i cosiddetti *building blocks*. Questi domini rappresentano la cornice concettuale all'interno della quale inserire azioni e interventi di miglioramento (Figura 1).

Per quanto riguarda la produzione di adeguati servizi sanitari bisogna specificare che si tratta di interventi efficaci, sicuri, di qualità, personali e non, erogati a chi ne ha bisogno e con minimo spreco di risorse. Il blocco successivo è rappresentato dal personale sanitario che lavora per raggiungere i migliori esiti di salute nelle condizioni in cui si trova e con le risorse disponibili. Un sistema informativo ben funzionante, invece, dovrebbe garantire la produzione, l'analisi, la disseminazione e l'uso di informazioni pertinenti, relativamente ai determinanti di salute, alle performance delle strutture sanitarie e alle condizioni di salute dei pazienti che accedono ai servizi. A questi ultimi, un sistema sanitario ben funzionante dovrebbe garantire un accesso equo a prodotti farmaceutici, vaccini e tecnologie di qualità e costo-efficaci. Gli ultimi due "blocchi" identificati, sono caratterizzati dal sistema di finanziamento che dovrebbe assicurare l'accesso ai servizi necessari, garantendo anche dei meccanismi di protezione nei confronti di quest'ultimi e degli incentivi per i provider, e dai meccanismi di leadership e governance necessari affinché tutte queste azioni vengano implementate ed espletate. Infatti, tali meccanismi servono per lo sviluppo di policy, per guidare processi regolatori, per ideare e implementare servizi, per valutare le performance e garantire l'*accountability* delle strutture [7]. Inoltre, c'è da ricordare

che i meccanismi di leadership e governance, nonché l'implementazione di sistemi informativi sono trasversali a tutti i blocchi e forniscono la base per lo sviluppo di policy e atti regolatori in ciascun blocco. Come si può vedere, però, la cornice concettuale non riguarda né i determinanti di salute e socio-sanitari né le interconnessioni tra le componenti dei diversi blocchi [6], cosicché riproduce l'attuale struttura a silos dei sistemi sanitari non focalizzati strettamente sulla persona e sulla malattia, ma sulla specializzazione e sul livello di tecnologie. Pertanto, per fare in modo che il sistema sia integrato, centrato sulla persona, sostenibile e guidato, è necessario ripensare e riorganizzare i suddetti blocchi cercando di tenere bene a mente lo scopo di un sistema sanitario: migliorare la salute della popolazione.

Per quanto riguarda la riorganizzazione del personale sanitario, bisognerebbe renderlo sensibile sia ai diversi bisogni della popolazione che ai cambiamenti demografici ed economici. In linea con l'agenda sulla Ricerca del Personale Sanitario, sviluppata dalla Società Europea di Sanità Pubblica, sono stati proposti da Kuhlmann e colleghi [8] sei obiettivi per lo sviluppo di policy riguardanti il personale sanitario:

- 1) Definire linee di indirizzo per il personale sanitario che siano allineate con quelle sulla governance e sulla *stewardship* dei sistemi sanitari;
- 2) Esplorare gli effetti del cambiamento degli *skill mix* e delle competenze tra settori e team lavorativi;
- 3) Mappare come l'istruzione e la gestione del personale sanitario possano essere integrati in maniera adeguata;

- 4) Analizzare l'impatto della mobilità del personale sanitario sui sistemi sanitari;
- 5) Ottimizzare l'uso di dati concernenti l'impiego di operatori sanitari regionali, nazionali e internazionali e monitorarli;
- 6) Sviluppare la capacità di implementazione delle policy.

Pertanto, sarebbe auspicabile orientare la ricerca verso i temi che interessano realmente il personale sanitario, come 1) i problemi legati alla migrazione e dislocazione dei professionisti sanitari (in conseguenza della mancanza di determinate figure professionali in diversi ambiti); 2) i problemi legati all'iperspecializzazione; 3) i problemi della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità delle figure; 4) i problemi legati alla formazione non integrata; 5) i problemi relativi alla difficile promozione dei servizi di assistenza sanitaria di base.

Per quanto riguarda la riprogettazione del sistema di erogazione di prodotti farmaceutici e medicali, bisognerebbe promuovere lo sviluppo di tecnologie ad alto valore persino con incentivi alle aziende, anche se andrebbero trovati al contempo dei meccanismi di riconoscimento del valore della tecnologia in questione e dei meccanismi di finanziamento per la stessa.

Il cambiamento nell'approccio ai sistemi informativi, invece, dovrebbe portare ad un corretto utilizzo dei dati per rendere l'assistenza ai pazienti sempre più personalizzata (*precision medicine*). Allo stesso tempo, l'utilizzo di big data permetterebbe lo sviluppo di azioni di sanità pubblica sempre più mirate (*precision public health*).

Per riprogettare i meccanismi di finanziamento, bisognerebbe considerare le diverse componenti di un sistema sanitario del XX secolo. Quindi, ad esempio, i meccanismi di finanziamento dovrebbero essere sviluppati sugli obiettivi di salute che si vogliono raggiungere, su quali prodotti medicali e farmaceutici si vogliono erogare, su come si vogliono riorganizzare il personale e le infrastrutture informatiche e non. Inoltre, bisognerebbe fornire incentivi alle aziende per produrre nuove ed efficaci tecnologie e non disperdere i diversi finanziamenti, ma allinearli sul raggiungimento di un particolare obiettivo.

Infine, per riorganizzare i sistemi sanitari del futuro andrebbe posto l'individuo al centro. I soggetti che accedono al sistema sanitario infatti non devono essere intesi solo come numeri a fini statistico-epidemiologici o pazienti da curare, ma persone con bisogni e aspettative che vanno oltre la mera assistenza sanitaria. Peraltro, i cittadini sono ormai consapevoli del fatto che il diritto alla salute sia un diritto fondamentale, e che sono essi stessi i principali finanziatori e sostenitori del sistema anche attraverso la scelta dei politici. Sono inoltre da considerarsi "coproduttori" di salute o di malattia grazie ai loro comportamenti e ai loro stili di vita.

In un sistema sanitario del futuro bisognerà erogare i giusti servizi, al momento giusto e alla popolazione giusta. Per far ciò, i sistemi sanitari dovrebbero cogliere le opportu-

nità fornite dalle tecnologie nel raggiungere i prossimi guadagni in termini di salute, rimanendo sempre coerenti ai principi di universalismo sanciti dall'OMS. Sarà quindi necessario che il personale sanitario sia numericamente sufficiente, competente e motivato, e che anche la popolazione sia alfabetizzata da un punto di vista medico-sanitario. Affinché tutti questi cambiamenti possano avvenire in maniera ottimale però, sarà necessario implementare nei sistemi sanitari una leadership nuova, che da un lato si basi sui valori tradizionali di sanità pubblica e dall'altro abbracci moderne competenze e abilità e nuovi approcci gestionali.

#### 4. La sfida della Value Based Healthcare (VBHC) per la riorganizzazione dei sistemi sanitari

Il valore in sanità è un argomento che nel tempo ha acquisito crescente importanza all'interno del dibattito di molti Paesi. Uno dei motivi principali è dato dal fatto che l'aumento dell'aspettativa di vita verificatosi negli ultimi decenni si accompagna spesso ad un periodo di fine vita in condizioni generali di bassa qualità. Per questo, una delle sfide della sanità oggi è non tanto aumentare ulteriormente l'aspettativa di vita, quanto diminuire il periodo vissuto in cattive condizioni di salute. Un secondo motivo che spinge ad abbracciare il concetto di valore è rappresentato dall'incremento dei bisogni della popolazione dovuto a invecchiamento, avanzamento tecnologico e implementazione dell'assistenza. Purtroppo a tutto ciò non corrisponde un parallelo incremento delle risorse, che anzi molto spesso si riducono.

Dal punto di vista di gestione delle risorse, nonostante i progressi degli ultimi 50 anni, vi sono ancora tre principali problemi che rimangono irrisolti: 1. le **variazioni ingiustificate**, che possono essere definite come variazioni di outcome, utilizzo, accesso ai servizi sanitari non spiegabili dalle particolari necessità o preferenze e scelte dei pazienti; 2. il **sottoutilizzo** di interventi di alto valore, che può determinare di conseguenza mortalità e disabilità prevenibili ed iniquità; 3. il **sovrautilizzo** di risorse, che porta inevitabilmente a sprechi. Vi è perciò necessità di raggiungere la condizione ottimale tra beneficio e possibile danno.

Da queste considerazioni emerge la necessità di riformare i servizi sanitari. A fronte dell'incremento di domanda di salute bisognerà continuare a prevenire la disabilità, il deterioramento cognitivo e la fragilità; migliorare gli outcome fornendo solo interventi *cost-effective* ed *evidence-based* ed aumentando la qualità e la sicurezza dei processi; aumentare la produttività diminuendo i costi. Tutto ciò, tuttavia, rimane non sufficiente per affrontare le sfide sopra citate [9]. Un nuovo approccio è necessario: la *Value Based Healthcare*, la quale si pone come obiettivo quello di aumentare il valore derivato dalle risorse disponibili per una popolazione [10]. Il valore si misura sul rapporto tra gli esiti complessivi sulla salute determinati da un intervento sanitario e i costi complessivi dello stesso e si attesta



su tre livelli: 1. **Personale**, che mira a migliorare gli esiti che maggiormente interessano l'individuo; 2. **Allocativo**, ovvero come investire le risorse all'interno della popolazione in modo da distribuirle in modo giusto ed efficiente; 3. **Tecnico**, ottimizzare le risorse per ricavarne i migliori outcome possibili per i pazienti trattati all'interno di specifici percorsi o processi [11]. Tutto ciò che non aggiunge valore è dunque interpretato come spreco.

In termini di leadership, vi è necessità di impostare un nuovo piano operativo in cui il cambiamento si concretizzi mediante diverse azioni.

1. Incrementare il valore personale fornendo ai pazienti tutte le informazioni circa i rischi e i benefici degli interventi offerti. Tre devono essere i presupposti per prendere decisioni: interessi del paziente, solida base scientifica e condizioni specifiche del paziente (comorbidità, fattori di rischio e genetica). Si è al varco di una nuova rivoluzione sanitaria in cui al centro vi sono le conoscenze, il cittadino e l'utilizzo di uno strumento tanto comune quanto importante come lo smartphone.
2. Reindirizzare le risorse verso interventi di alto valore sottoutilizzati e non equamente offerti alla popolazione.
3. Sviluppare sistemi e reti basati sulle popolazioni che forniscano efficientemente trattamenti di alta qualità che riescano sia a rispondere ai bisogni della popolazione sia a ridurre la spesa destinata ad interventi di basso valore.
4. Creare una cultura di responsabilizzazione contro gli sprechi. Leadership e cultura sono strettamente interconnesse e dipendenti l'una dall'altra. A differenza del management e dell'amministrazione che agiscono all'interno di una definita cultura, la leadership crea e cambia la cultura stessa [12].

Nel processo di cambiamento e rivoluzione del sistema sanitario è perciò fondamentale una buona leadership. Il clinico che si preoccupa della salute della sua popolazione di riferimento deve assicurarsi che le giuste persone ottengano l'adeguato servizio con il minimo spreco di risorse e assicurando la prevenzione di iniquità correlate a fattori quali età, classe sociale, genere, ecc. [9]. A supporto della trasformazione si pongono il management che permette di governare più agevolmente il complesso sistema di persone e tecnologie e la leadership che, invece, permette di creare un nuovo paradigma dell'organizzazione e quindi di adattarla a cambiamenti significativi. La leadership definisce come potrebbe essere il futuro, allinea visione e azione ispirandone la riuscita nonostante i possibili ostacoli. Un nuovo set di capacità e strumenti è necessario e deve essere definito tenendo conto della relazione tra valore ed efficienza, valore e qualità, uso ottimale delle risorse, cultura, sistema e servizi.

## 5. Sistemi: sviluppare una metodologia per definire la programmazione e le priorità dei nuovi sistemi sanitari

Indipendentemente dalla struttura del proprio sistema sanitario tutti i Paesi stanno sperimentando una comune necessità, ovvero quella di trasformarsi ed evolvere in risposta a pressioni interne ed esterne. Una rivoluzione che viene spinta dall'azione sinergica di tre protagonisti/fattori: cittadini, conoscenza e tecnologia mobile di trasmissione dati (smartphone). Da ciò derivano le crescenti difficoltà e sfide per i sistemi sanitari. Queste sfide riguardano tre diversi livelli: epidemiologico, delle organizzazioni sanitarie ed economico-finanziario. A livello di popolazione, le sfide maggiori sono dovute all'invecchiamento e all'aumento dell'età media, all'incremento delle patologie croniche e dei bisogni di salute, alla maggiore consapevolezza della popolazione e alle maggiori aspettative da parte della società. A livello delle organizzazioni sanitarie, le sfide sono rappresentate da: implementazione in materia di prevenzione e servizi di comunità, management integrato del paziente, iper-specializzazione, utilizzo delle tecnologie ad alto impatto e accesso alle informazioni. A livello economico-finanziario, invece, le sfide riguardano la difficile sostenibilità della spesa per la salute, le variazioni significative tra i diversi provider, la necessità di contenimento dei costi e i nuovi modelli di finanziamento. A proposito di quest'ultimo livello, si è già detto che a porre delle importanti problematiche sono le *variazioni ingiustificate*, ovvero le differenze ingiustificate che si manifestano in termini di accesso alle cure, di costi, sovra- e sottoutilizzo di risorse e che comportano fallimento nella prevenzione di malattie e disabilità.

Per rispondere a queste sfide è necessario che si affermi un nuovo paradigma culturale incentrato sul concetto di sanità basata sul valore (cfr. Value Based Healthcare, VBHC), su un forte impegno da parte del management e su solide abilità di leadership. Questi sono gli elementi che nel loro insieme potranno guidare i sistemi attraverso questi cambiamenti.

È bene innanzitutto chiarire il significato di valore. Il valore può essere definito, secondo la tradizionale formula, come il rapporto tra gli esiti di salute per una specifica condizione e i costi sostenuti per finanziare i servizi capaci di ottenere tali esiti. Questa definizione può essere ulteriormente allargata secondo la teoria del triplo valore [11].

Si è detto che gli altri due elementi che possono guidare la rivoluzione in sanità sono la leadership e un forte coinvolgimento dei professionisti nelle tematiche gestionali e organizzative. Per comprendere questi due punti è necessario comprendere che l'attività di amministrazione di un'organizzazione, la cosiddetta burocrazia, è essenziale per il corretto funzionamento del sistema e per la risoluzione di problemi lineari. Quando però ci si trova di fronte a problemi complessi, la burocrazia non riesce più a dare risposte sufficienti. Questo perché la complessità va gestita con degli

strumenti differenti, quali ad esempio i network, il cui ruolo è quello di affiancarsi alle burocrazie. Per fare ciò però è necessario cambiare sia la visione sia la cultura. La leadership è proprio quell'elemento capace di plasmare la cultura di collaborazione necessaria per far nascere questi network, rispondendo agli stimoli esterni. Il management invece opera affinché l'organizzazione (in questo caso la rete) funzioni in maniera ottimale raggiungendo gli obiettivi prefissati.

La conseguenza di queste considerazioni è la necessità di progettare sistemi sanitari incentrati sulla popolazione e costituiti da network. Ad esempio, nella definizione di un sistema, i passi da effettuare potrebbero essere: definire lo scopo, la popolazione di riferimento ed infine gli specifici obiettivi. Lo scopo si riferisce all'outcome come precedentemente inteso (es. migliorare la salute dei pazienti affetti da fibrillazione atriale, diagnosticata e non diagnosticata). Per cui, per programmare un sistema sanitario che sia orientato a fornire servizi di alto valore sarà necessario, dopo aver definito popolazione e scopo, raggiungere un consenso sugli obiettivi, definire per ciascun obiettivo i livelli di performance da usare come standard di qualità, identificare le risorse attraverso la creazione di un budget di sistema, indicare i partner che afferiscono al network, preparare un piano di azione e infine, valutare e monitorare nel tempo [10].

Secondo questi principi, ogni Paese dovrebbe focalizzare la propria attenzione sulla personalizzazione delle cure e sul valore, trasferendo risorse da interventi sovra-utilizzati di scarso valore aggiunto per il paziente, verso soluzioni sottoutilizzate ma di alto valore. Inoltre, si dovrebbe cominciare a dare maggiore importanza alle risorse. Prendere piena coscienza di dove si sta investendo denaro potrebbe essere un utile strumento per evitare gli sprechi. In quest'ottica, la formazione del personale e di tutti i personaggi coinvolti nel sistema salute diventa fondamentale, così come lo diventa il fissare obiettivi comuni.

In definitiva, a guidare il cambiamento dei sistemi sanitari vi si ritrovano i seguenti principi:

- Promozione dell'*accountability* (dover rendere conto) sulle politiche per la salute e le decisioni che impattano sulle organizzazioni sanitarie;
- Creazione di sistemi di cura per patologia che possano operare attraverso network;
- Spostamento del focus da servizi orientati a singole prestazioni a servizi basati su processi assistenziali coordinati ed efficaci;
- Promozione della *stewardship* (custodia delle risorse) e di una cultura che disincentivi lo spreco e promuova l'appropriatezza a tutti i livelli.

## 6. Sostenibilità dei sistemi sanitari: gli strumenti per migliorarne la qualità

Il contesto economico-sanitario europeo, ed ancor più quello italiano, sta attraversando un periodo di profonda difficoltà. Negli ultimi decenni si è registrato un incremento

dell'età media della popolazione che ha provocato un proporzionale aumento della prevalenza e della durata di malattie croniche e con esse una crescita della domanda di cura e di assistenza da parte dei cittadini. Inoltre, i cittadini diventano sempre più consapevoli delle opzioni di cura possibili e questo ha determinato un aumento delle aspettative della popolazione nei confronti dei servizi sanitari offerti da parte dello Stato. In quest'ottica, appare di cruciale importanza affrontare la crisi di sostenibilità che si sta creando, con lo scopo di capire quali possano essere le soluzioni per offrire la migliore qualità di cura possibile ai cittadini.

Per i suddetti motivi demografici, la spesa sanitaria è cresciuta più velocemente della crescita economica in tutti i Paesi OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) negli ultimi 20 anni. L'OCSE prevede una crescita della spesa per le cure a lungo termine dal 6% attuale al 9% nel 2030, fino a un 14% nel 2060 [13]. Per questa ragione, è chiaro come il problema della sostenibilità vada al di là del finanziamento pubblico e come sia urgente la necessità di ridefinire la narrativa. Nell'ambito della spesa sanitaria, una delle componenti più pesanti è sicuramente la forza lavoro, che va analizzata non solo dal punto di vista economico ma in tutti i suoi ambiti: dalla formazione alla gestione delle risorse umane, dall'efficienza alla sostenibilità economica, e per fare ciò bisogna agire e coinvolgere tutti gli attori di questo scenario: educatori, professionisti, regolatori e finanziatori.

La forza lavoro è intimamente connessa alla tecnologia; motivo per cui vi è necessità di capire come innescare quella situazione *win-win* che permetta di generare un circolo virtuoso in cui, dal ricambio e dall'aggiornamento delle risorse umane, derivi un maggior e migliore utilizzo di tecnologie ad alto valore. Tutto ciò determina un incremento di produttività che a sua volta incentiva la formazione di nuovo personale sanitario aggiornato, e così via.

Per questi motivi, numerosi studi definiscono la forza lavoro sanitaria (*healthcare workforce*) come la quarta componente del valore, in aggiunta al triplo valore pronunciato da Sir Muir Gray [14]. Ma questi risultati si possono ottenere solo avendo bene a mente il concetto di valore e conoscendo gli strumenti che permettono agli utenti coinvolti di distinguere le tecnologie a basso valore da quelle ad alto valore. Uno di questi strumenti è proprio l'*Health Technology Assessment* (HTA).

L'HTA è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze dell'introduzione (o l'esclusione) sul sistema sanitario, sull'economia e sulla società [15].

Tre elementi caratterizzano l'HTA: i contenuti della valutazione, i livelli ai quali i processi decisionali avvengono e l'amministrazione delle decisioni prese.

Per contenuti si intendono una serie di valutazioni che prendono in esame i vari aspetti della tecnologia: 1) valutazione di efficacia, per la misura degli effetti dell'applicazione della tecnologia sulla salute; 2) valutazione economica, per la valutazione dei costi rispetto ai risultati; 3) analisi dell'impatto sociale, per il calcolo di accettabilità rispetto alla cultura della popolazione; 4) analisi etica, per gli aspetti legati all'equità e giustizia; 5) valutazione organizzativa, per analizzare le modalità correlate all'uso e alla fruizione della tecnologia; 6) valutazione giuridica, per individuare norme e regolamenti pertinenti e rilevanti all'uso della tecnologia.

Per processi si intendono i livelli in cui le valutazioni della tecnologia sanitaria (HTA) vengono svolte e nei quali vengono prese le decisioni conseguenti. Quindi è possibile che i vari punti di vista (politico, gestionale, clinico e del paziente) possano essere molto differenti tra loro; per tale motivo diviene fondamentale lavorare per mediare le esigenze e le aspettative, nonché le responsabilità, dei diversi soggetti interessati (*stakeholder*), con l'obiettivo di arrivare alla realizzazione di un processo il più possibile esplicito e condiviso dagli stessi.

Per amministrazione delle decisioni prese si intendono, infine, gli standard di servizio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), quindi l'esigibilità pratica del diritto costituzionale alla tutela della salute.

Questi processi di HTA, nati dall'esigenza di valutare quantitativamente e qualitativamente le nuove tecnologie per una loro diffusione, si sono spostati negli ultimi anni verso l'analisi delle tecnologie obsolete di scarso valore per la salute, dal cui disinvestimento si potrebbero ricavare risorse per strumenti a più alto valore.

Quindi, volendo riassumere, si può dire che in sanità le decisioni vengono prese a 3 livelli: macro, ovvero il livello istituzionale nazionale e regionale; meso, corrispondente al livello manageriale di gestione delle organizzazioni sanitarie; micro, che corrisponde alle decisioni prese da singoli clinici su singoli pazienti o gruppi di pazienti.

Questi ultimi hanno un ruolo di primaria importanza in questa struttura, in quanto dovranno decidere seguendo i principi di efficacia, costo-efficacia, sicurezza, tempestività, equità e centralità del paziente. Un esempio è rappresentato da "Choosing Wisely" [16], una campagna americana della Fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine) che incoraggia medici, operatori sanitari e pazienti a rivalutare ed abbandonare pratiche cliniche, chirurgiche o più semplicemente sanitarie, in cui vi è evidenza di inefficacia o di scarso valore. Similmente, in Italia è presente la campagna promossa da Slow Medicine "Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy" [17], in cui sono incoraggiate le conversazioni su test, trattamenti e procedure tra medici, professionisti sanitari e pazienti, per ridurre il rischio di inappropriately e per informare e rendere le scelte più condivise.

Vi è la necessità di creare un sistema incentrato sulla persona, dove per "persona" si intende il paziente, la fami-

glia, la società e la comunità medica. Ciò che deve rappresentare il centro della cura non è infatti la malattia ma il cittadino, inteso come qualunque individuo che abbia per qualsiasi motivo necessità di usufruire del Servizio Sanitario.

Altro punto della discussione ha riguardato il fatto di garantire una maggiore trasparenza nei processi decisionali. Che si parli del rimborso per nuovi servizi o dei processi decisionali che hanno portato a disinvestire in alcuni settori, fino a tutte le decisioni prese sulla base dell'evidenza, la trasparenza deve essere sempre presente e garantita a tutti gli *stakeholder*.

Cambiare il modo in cui è strutturato il nostro servizio sanitario è possibile; tutti gli *stakeholder* devono essere promotori di questo cambiamento, che riguarda tutti gli aspetti che ruotano intorno alla salute: dall'educazione dei professionisti alla formulazione delle linee guida, dalla tecnologia sanitaria alle politiche della salute.

L'OMS ha la struttura adatta a questo cambio di paradigma finalizzato a trasformare le attuali strutture in sistemi in cui il bene del cittadino/paziente viene posto al centro.

È emersa infine l'importanza della creazione di un ecosistema per i provider sanitari: la questione finanziamento è un problema universale, è fondamentale condividere opinioni e soluzioni tramite la creazione di network e cooperazioni che apportino beneficio per tutte le figure coinvolte.

## 7. Cultura: gestire il cambiamento e coinvolgere gli attori chiave

In un contesto di *change management*, la leadership assume il ruolo di stimolare, sostenere e promuovere le attività e gli strumenti in un approccio che miri ad introdurre efficacemente le politiche, le strategie e le innovazioni tecnologiche nelle organizzazioni sanitarie. Nel contesto attuale, le organizzazioni devono confrontarsi quotidianamente col difficile interrogativo di come strutturare l'erogazione dell'offerta sanitaria a fronte di un aumento della richiesta e della sempre più difficile sostenibilità economica dei sistemi in cui esse operano. L'azione dei leader è quindi quella di indirizzare le proprie abilità, soprattutto in termini di *advocacy* e *policy*, verso la creazione di un clima di cambiamento sereno, positivo ed efficace, di cui ogni membro dell'ambiente si senta parte e in cui ognuno possa sentirsi autenticamente – seppur in misura necessariamente variabile – parte del percorso verso il successo [18].

Superare miti e realtà dei cambiamenti organizzativi nel sistema è il primo passo per comprendere i motivi del mancato raggiungimento di obiettivi, degli eventuali fallimenti e la causa delle resistenze al cambiamento. Emerge chiara l'importanza dell'agilità come arma competitiva in un contesto sanitario così rapido. Partendo da una panoramica dei vari modelli di *change management*, già presenti in letteratura, è possibile sviluppare una visione d'insieme di un nuovo modello che, analizzando trasversalmente i bisogni della popolazione e le esigenze di tipo decisionale, utilizzando



strumenti digitali e poggiando su solide basi di comunicazione e sistemi informativi, sia capace di indirizzare il cambiamento attraverso una dettagliata visione multicomponente caratterizzata da una serie di elementi, tra cui definizione della strategia, programmazione, procedure organizzative, complessità del processo decisionale, gestione dei gruppi e formazione. L'esperienza internazionale degli ultimi anni ha permesso di identificare già numerose esperienze di successo in termini di *change management*: dall'esperienza del La Fe Hospital di Valencia, che ha declinato l'erogazione di assistenza per multicronicità mediante innovativi sistemi di integrazione multiprofessionale, all'efficace utilizzo di servizi di e-Health per il miglioramento dell'erogazione in alcune aree pilota della Francia coi *Territoires de soins numérique*, fino alla gestione dei team e del *complex decision making* nell'innovativa gestione delle cronicità nei Paesi Baschi [19].

In tali dinamiche di *change management* non è possibile non considerare il ruolo chiave di strategie comunicative e di buone pratiche che supportino il processo in modo proattivo. Porre l'attenzione su *soft skill* e metodologie di formazione ed educazione al processo di cambiamento si dimostra un modello efficace per governare complessità e velocità di tale sistema. Partendo dai benefici dell'intelligenza emozionale, e quindi dalla capacità di utilizzare le reazioni emozionali dei singoli per superare le barriere nei processi di cambiamento, è possibile integrare nelle figure chiave di tali processi capacità comunicative, di creatività e *problem solving*, di ragionamento analitico, mediante un'integrazione concreta in un pannello di strumenti e *soft skill* adattabile ai vari contesti sanitari. Gli elementi di questo toolbox sono in grado di aiutare i leader nella gestione ottimale del processo di cambiamento; ne è esempio caratteristico il *Process Communication Model*. Questo modello, attraverso la profilazione dei protagonisti del processo di cambiamento in funzione di varie strutture di personalità, aiuta i team a gestire le interazioni, soprattutto in situazioni di alto stress [20]. Ancora, strumenti specifici come il *Six Thinking Hats* aiutano a superare automatismi e favoriscono la condivisione di diverse prospettive [21]. Mappe mentali aiutano il *brainstorming* e con formati non strutturati si rendono particolarmente adatte nei momenti di *project planning* e quando è necessario garantire un determinato grado di libertà creativa per la risoluzione di problemi. Infine, gli strumenti digitali (webinar, e-learning, kit per la formazione) permettono oggi di realizzare proficuamente i percorsi formativi necessari nel contesto sanitario in cambiamento. I leader devono quindi necessariamente riconoscerne le potenzialità e sfruttarle a pieno, in un approccio olistico con l'obiettivo comune di raggiungere i risultati prefissati.

## 8. Skilling up: creare un leader di successo in un contesto di continuo cambiamento

Definire le caratteristiche di un leader e di una leadership ideale attraverso un elenco statico di aggettivi e caratte-

ristiche non è facile, e forse non è possibile. Le qualità di un leader infatti, così come le modalità con cui la leadership può essere applicata, sono molteplici. Ne è la riprova il fatto che nel corso del tempo sono stati elaborati e proposti diversi modelli di leadership. Uno dei più noti è quello sviluppato dall'Università del Michigan, secondo cui il grado di autorità e di centralizzazione del processo decisionale che viene impiegato dal leader definisce lo stile della leadership. Secondo questo modello, ad un estremo c'è un leader fortemente autoritario che concentra in sé l'intero processo decisionale rendendo gli altri lavoratori dei meri esecutori delle proprie direttive; all'altro estremo invece, c'è un leader che fa in modo che la decisione sia condivisa con l'intero gruppo di lavoro. In quest'ultimo caso, il leader non usa l'autorità per esercitare la propria guida, in quanto i dipendenti sono parte attiva del processo decisionale. Tra questi due estremi, si trovano modelli intermedi in cui autorità e centralizzazione vengono applicate in misura diversa. Ad esempio, una via di mezzo potrebbe essere quella in cui il leader pone al gruppo una problematica, ne recepisce i feedback e prende personalmente la decisione finale. Quanto detto, pur facendo riferimento solo ad uno dei possibili modelli, sottolinea come la leadership non possa essere né definita né descritta in modo univoco. Per ottenere i migliori risultati, è necessario modulare il grado di autorità e di partecipazione al processo decisionale applicandolo al caso specifico.

Un'altra possibile classificazione dei modelli di leadership è stata proposta più di recente con il nome di leadership archetipale [22]. In questo caso, a dettare la categorizzazione non è il grado di autorità e di centralizzazione del processo decisionale, ma un modello archetipale declinato secondo quattro distinte modalità di azione e di relazione del leader, ovvero: comunicazione ed empatia, visione e capacità di gestione del cambiamento, determinazione e disciplina, razionalità e capacità personale.

Queste qualità possono essere presenti in ogni leader in misura differente ma, ai fini didattici, gli Autori hanno immaginato quattro archetipi (Re, Amante, Mago, Guerriero) in cui uno solo di questi aspetti predomina sugli altri:

- Ad esempio, in un primo caso (Amante), il leader potrebbe basare la propria leadership sulla relazione, sulla comunicazione, sull'empatia, su una naturale capacità di ascolto. In questo caso, il leader porrà un forte accento sull'attenzione e sull'incentivazione della componente motivazionale;
- In un secondo caso (Mago), il leader potrebbe avere una spiccata capacità di visione, di gestione del cambiamento, di pensiero contro-intuitivo. La leadership si fonderebbe sulla pianificazione delle attività, sulla previsione e sulla valutazione delle conseguenze;
- In un terzo caso (Guerriero), ci si potrebbe trovare di fronte a leader che seguono delle regole precise, che hanno una forte autodisciplina e che non amano interfacciarsi con persone che la pensano diversamente da loro. Questo prototipo di leader predilige attività di tipo

organizzativo e basa la propria leadership su un sistema di premi e penalità e sul raggiungimento di obiettivi pre-determinati;

- Ultimo prototipo (Re) potrebbe essere rappresentato da un leader che non ama il cambiamento, predilige equilibrio e razionalità, fissa regole di comportamento ed è molto fiducioso nelle proprie capacità. Questo leader fonda la propria leadership sulle proprie conoscenze e abilità in quanto ritiene che queste da sole siano sufficienti a guidare il gruppo.

Come detto in principio, questi sono solo archetipi ideali. Nella realtà, in ogni leader questi aspetti sono compresenti, anche se in misura differente. Generalmente a prevalere sono le caratteristiche di prototipi affini, mentre è meno frequente trovare una compresenza di prototipi opposti, ovvero dei tipi 1-3 (Amante-Guerriero) e 2-4 (Mago-Re). Questa tipologia di schematizzazione, oltre a fornire un quadro generale degli aspetti ritenuti importanti per una leadership efficace, aiuta anche a capire quali possono essere gli errori in cui i leader possono incorrere. Ad esempio, un'eccessiva attenzione all'altro rischia di interferire col normale processo di crescita del lavoratore e generare insofferenza (Amante che diventa un Falso Salvatore). Una "visione" che manca del senso di realtà, potrebbe portare un leader a spingere le persone a seguirlo verso un risultato che non verrà mai raggiunto (Mago che degenera in Manipolatore). Ancora, un'eccessiva richiesta di disciplina (Guerriero che diventa Sadico) o una forte autoreferenzialità combinata con un'imposizione forte delle proprie regole (Re che diventa Tiranno) genera facilmente un senso di insoddisfazione e frustrazione.

In conclusione, è molto importante per un leader avere la conoscenza e le *skill* necessarie per gestire sistemi dinamici. Un buon leader sarà colui che avrà la capacità di gestire il cambiamento, fare in modo che le persone siano messe in grado di affrontare la situazione e riportare il sistema all'equilibrio. Presupposto al raggiungimento dell'equilibrio sono la definizione preliminare di obiettivi, regole e ruoli e una loro efficace comunicazione a tutti gli attori. La comunicazione tra leader e attori è un elemento di grande importanza per il successo di un'organizzazione. Se i principi e la cultura della leadership si diffonderanno tra decisori ed esperti di sanità pubblica a livello locale, nazionale e internazionale, i sistemi sanitari potranno affrontare adeguatamente le crescenti pressioni finanziarie e le sfide politiche e sociali.

Non è più possibile attendere, una nuova cultura decisionale è necessaria.

## 9. C'è una ricetta perfetta per la leadership?

La grandezza di un leader non dipende da una sola capacità, ma da un insieme di qualità che non sono mai nemmeno le stesse, perché sono diverse le persone e i contesti che

deve affrontare. Eppure alcune caratteristiche sono comuni e verranno descritte più in dettaglio in questo paragrafo.

*“Una qualità fondamentale del grande leader è l'intelligenza fulminea che gli consente di identificare subito il punto essenziale del problema, mentre gli altri si perdono su particolari irrilevanti. Inoltre, di solito, ha una grande sensibilità sociale, accoglie le emozioni della gente che si sente amata da lui e che lo ama” (F. Alberoni).*

Ma leader si nasce o si diventa? La risposta a questa domanda ancora non è stata trovata. Certamente, ai leader si attribuiscono caratteristiche preminenti, quali una forte energia interiore, una vera passione per il fare a cui si uniscono tenacia, fiducia in se stessi e sempre di più delle doti comunicative eccellenti. Citando il presidente americano Eisenhower la leadership è “l'arte di riuscire a far fare a qualcuno quello che tu vuoi perché lui lo desidera”. Come in tutte le arti, si può essere più o meno dotati di talento, ma c'è sempre molto da imparare.

Anche in Sanità il concetto di leadership, specialmente una leadership che si fondi sull'esperienza e sulla conoscenza, sembra avere sempre più ragione di esistere come disciplina e strumento di formazione per la classe dirigente medica, tanto in ambito clinico che organizzativo e di sanità pubblica. Come suggerito dal “NHS Leadership Qualities Framework” [23] del Servizio Sanitario Britannico, è necessaria una leadership che si fondi su qualità personali, conoscenza di se stessi, *self-management*, integrità personale così come su qualità sistemiche per delineare la direzione dei processi migliorativi o di cambiamento (costruire una visione, astuzia politica, flessibilità intellettuale) e capacità di ottenimento dei risultati attraverso la costruzione di un ambiente di lavoro collaborativo, una positiva “influenza” strategica, che renda gli altri consapevoli di processi e necessità, essendo “*accountable*” e guidando il cambiamento a partire dalle persone, risorse prime dei processi.

Pertanto, cinque possono essere - secondo Kouzes e Posner [25] - le pratiche di leadership più efficaci, applicabili anche in Sanità:

1. Modellare la direzione di marcia;
2. Ispirare una visione condivisa;
3. Sfidare lo status quo;
4. Mettere gli altri in grado di agire;
5. Incoraggiare lo spirito della squadra.

Per fare ciò, come sottolineato sempre da Posner, l'onestà e la visione, assieme alla competenza e alla capacità di ispirare, rappresentano le qualità principe da nutrire e su cui formarsi. In sintesi, l'elemento fondante della leadership, in grado di sintetizzare tali caratteristiche è la propria credibilità.

Essere credibili, pertanto, è uno degli elementi cardine di quanto attiene e serve alla guida dei processi di cambiamento e per essere credibili tre sono le caratteristiche necessarie:

- La **credibilità** si ottiene *in primis* dalla conoscenza di se stessi, il *gnōthi seautón*, che il tempio di Apollo riportava in una nota iscrizione per chi ne visitasse i luoghi alla ricerca della verità. Tale processo è alla base del miglioramento continuo ed è uno strumento molto efficace per poter effettivamente ottenere l'abilità di influenzare gli altri;
- L'aver capacità, conoscenze e competenze nell'ambito della **comunicazione**, relazione, negoziazione, empatia e intelligenza emozionale rappresenta la base della seconda caratteristica peculiare di un leader. Queste capacità, conoscenze, competenze devono essere tutte funzionali all'obiettivo cardine della leadership ovvero guidare il cambiamento;
- La terza caratteristica è stata ben sviluppata da Kotter nel suo testo "*Leading Change*" [25], ovvero la **capacità di gestire e guidare il cambiamento**. Per Kotter, il "*change management*" si ottiene attraverso otto punti:
  1. Sviluppare un senso di urgenza;
  2. Costruire il team che guiderà il cambiamento;
  3. Creare una visione chiara;
  4. Comunicare la visione;
  5. Rimuovere gli ostacoli;
  6. Creare piccoli successi nell'immediato;
  7. Non mollare la presa;
  8. Fare attecchire il cambiamento.

In un contesto complesso e dinamico come quello della salute della popolazione, questi aspetti sono quanto mai necessari. Per affrontare sfide quali l'antimicrobico resistenza, il cambiamento climatico, la necessaria maggiore qualità delle cure, la copertura sanitaria universale, i flussi migratori, le disuguaglianze in salute, il costo delle tecnologie e l'inversione a livello globale dei trend demografici, professionisti, leader sanitari e popolazione generale devono avere un obiettivo chiaro: formare nuovi leader e formarli adeguatamente.

### **La European Academy for Leadership in Healthcare: conclusioni e sviluppi futuri**

Al termine dell'evento, ai partecipanti è stato chiesto di esprimere suggerimenti o possibili idee per le future collaborazioni.

Le principali idee emerse durante l'evento sono state:

- La necessità di avere leader appassionati capaci di guidare il cambiamento;
- L'*Academy* può svolgere un ruolo importante per i Paesi al fine di supportare la creazione di strategie, sviluppare le capacità di leadership tra i professionisti, identificare gli obiettivi a lungo termine;
- I compiti che i partecipanti all'*Academy* si impegnano a svolgere in futuro devono essere perseguiti tenendo conto dei principi universali di copertura sanitaria, delle la-

cune nell'accesso all'assistenza sanitaria e dei problemi di sostenibilità;

- Le esperienze, le idee e le buone pratiche che vengono condivise durante questo tipo di eventi rafforzano il network collaborativo e sono utili per identificare obiettivi e soluzioni comuni;
- Iniziative come l'*Academy* sono utili per comprendere i bisogni dei governi in termini di leadership e leader. Inoltre, potrebbe essere utile indirizzare l'attività dell'*Academy* verso corsi di formazione diretti a funzionari governativi per aiutarli nel processo decisionale e dunque migliorare i risultati di salute della popolazione. Altre figure a cui l'*Academy* potrebbe rivolgere la propria attività sono i manager – I quali possiedono la capacità di apportare modifiche –, i dipendenti e i lavoratori appartenenti alle istituzioni farmaceutiche, le società assicurative, i dirigenti e i direttori di ospedali, i funzionari del Ministero delle Finanze;
- I dati sono fondamentali per rafforzare i sistemi di informazione sanitaria e migliorare il processo decisionale;
- Iniziative come l'*Academy* possono migliorare la comunicazione e la collaborazione tra le diverse parti coinvolte con l'obiettivo di migliorare i sistemi sanitari all'interno degli Stati.

Le possibili attività future potrebbero essere rivolte a progetti specifici legati alla realtà dei singoli Paesi (o di un gruppo di Paesi con analoghi problemi e bisogni educativi e di leadership).

I progetti specifici dovranno affrontare una comune impostazione in base alle priorità che stabiliranno i Paesi. Per evitare il problema di una lingua diversa potrebbe essere possibile organizzare un "*Training of Trainers*". Una volta formate in modo appropriato, le persone coinvolte saranno in grado di cambiare i loro collaboratori. L'obiettivo dovrebbe essere la formazione di leader attuali e futuri.

### **Ringraziamenti**

La realizzazione di questo evento è stata possibile grazie al supporto dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS e le istituzioni universitarie coinvolte. Si ringraziano i partecipanti per il loro contributo attivo e per gli importanti commenti forniti al termine dell'evento.

### **Bibliografia**

1. Chaplin-Kramer R, Dombeck E, Gerber J et al. Global malnutrition overlaps with pollinator-dependent micronutrient production. *Proc R Soc B Biol Sci* 2014 281:20141799-20141799.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD). Available from: <http://www.healthdata.org/gbd>
3. Kagaayi J, Serwadda D. The history of the HIV/AIDS epidemic in Africa. *Curr HIV/AIDS Rep* 2016;13:187-193.
4. World Health Organization (WHO) - Regional office for Europe. Public health services 2019. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>

5. Lateef F. Cyclone Nargis and Myanmar: A wake up call. *J Emergencies, Trauma Shock* 2009 2:106.
6. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010. Available from: [www.iniscommunication.com](http://www.iniscommunication.com)
7. World Health Organization (WHO). Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
8. Kuhlmann E, Batenburg R, Wismar M et al. A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Heal Res Policy Syst* 2018;16:52.
9. Gray JAM. The shift to personalised and population medicine. *Lancet* 2013;382:200-201.
10. Gray M. Population healthcare: designing population-based systems. *J R Soc Med* 2017;110:183-187.
11. Gray M, Jani A. Promoting triple value healthcare in countries with universal healthcare. *Healthc Pap* 2016;15:42-48.
12. Gray M, Chana N, Kanani N. Leadership of population healthcare. *J R Soc Med* 2017;110:400-403.
13. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Work on Health 2017. Available from: <http://www.oecd.org/health/Health-Brochure.pdf>
14. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573-576.
15. EUnetHTA JA2 WP8 DELIVERABLE HTA Core Model Version 3.0 for the full assessment of Diagnostic Technologies, Medical and Surgical Interventions, Pharmaceuticals and Screening Technologies 2016. Available from: [www.htacore-model.info/ViewHandbook.aspx](http://www.htacore-model.info/ViewHandbook.aspx)
16. An initiative of the ABIM Foundation. Choosing Wisely | Promoting conversations between providers and patients. Available from: <https://www.choosingwisely.org/>
17. Choosing Wisely Italy, Fare di più non significa fare meglio. Available from: <https://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/>
18. Kavanagh MH, Ashkanasy NM. The impact of leadership and change management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during a merger. *Br J Manag* 2006;(S1):81-103.
19. Le programme Territoire de Soins Numérique (TSN) 2015. Available from: <https://www.faireavancerlasantenumerique.com/wp-content/uploads/2015/04/Le-programme-Territoire-de-Soins-Numérique-TSN.-Franck-Jolivaldt-DGOS..pdf>
20. Kahler T. Managing with the process communication model: selecting, retaining, motivating. Human Development Publications, 1979.
21. De Bono E. Six thinking hats. Penguin, UK, 2017.
22. Granchi & Partners. La leadership archetipale. Available from: [https://comunicazionemust.files.wordpress.com/2013/03/gp-mag\\_2013\\_02.pdf](https://comunicazionemust.files.wordpress.com/2013/03/gp-mag_2013_02.pdf)
23. National Health Service (NHS). Leadership Framework 2011. Available from: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Overview.aspx>
24. Kouzes JM, Posner BZ. The most trusted source on becoming a better leader. Available from: [http://www.leadershipchallenge.com/UserFiles/Fifth\\_Third\\_Case\\_Study.pdf](http://www.leadershipchallenge.com/UserFiles/Fifth_Third_Case_Study.pdf)
25. Kotter JP. Leading change. Harvard Business School Press, Boston, 1996.



**APPENDICE*****Esperti che hanno preso parte all'Academy come relatori:***

**Natasha Azzopardi-Muscat**, President of the European Public Health Association (EUPHA), Consultant in public health medicine at the Directorate for Health Information and Research, Lecturer at the University of Malta.

**Alessandro Campana**, Managing Director di VIHTALI.

**Carlo Favaretti**, President of the EUPHA Section on Health Technology Assessment, Secretary of the Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore.

**Bruno Goffin**, Founder and President of Coach2market.

**Muir Gray**, Founding Director of the Oxford Centre for Triple Value Healthcare, Honorary clinical lecturer at the University of Oxford.

**Hans Kluge**, Director of the Division of Health Systems and Public Health, WHO Regional Office for Europe.

**Martin McKee**, Professor of European Public Health at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, Founding Director of the European Centre on Health of Societies in Transition.

**Fabrizio Pirovano**, Coach, Partner di Pirovano Monti Associati.

**Walter Ricciardi**, Professor of Hygiene and Preventive Medicine at the Università Cattolica del Sacro Cuore, Director of the WHO Collaborative Centre for Health Policy, Governance and Leadership in Europe, WHO Executive Board member, President-elect of World Federation of Public Health Associations.

**Santino Severoni**, Coordinator of the Public Health and Migration Programme, Division of Policy and Governance for Health and Well-being, WHO Regional Office for Europe.

**Andrea Silenzi**, Vice President of the Italian Association of Medical Manager.

**Stefano Vella**, Director of the National Global Health Centre of the National Healthcare Institute (ISS).

***Partecipanti***

**Ivo Arsov**, Chief expert in the International Affairs Directorate in the Ministry of Health, Bulgaria.

**Clemens M Auer**, General Director Ministry of Health, Austria.

**Igoris Baikovskis**, Adviser to Ministry of Health, Lithuania.

**Maria Donata Bellentani**, Director of Healthcare National Plan Office, Ministry of Health, Italy.

**Krisztina Birò**, Deputy Head of Health Policy Department, Hungary.

**Mate Car**, Assistant Minister, Ministry of Health, Croatia.

**Charmaine Gauci**, Superintendent of Public Health and Director General Public Health Regulation, Malta.

**Eva Grey**, Direttore dell'Istituto di lavoro sociale, Università di San Venceslao Elizabeth, Slovakia.

**Lars-Torsten Larsson**, National Board of Health and Welfare, Sweden.

**Anna Pankowska-Galaj**, General Director Ministry of Health, Poland.

**Severin Rakic**, Head of Health Management Centre Public Health Institute of the Republic of Srpska, Bosnia Herzegovina.

**Josep Romagosa**, Health Information Systems Technician, Ministry of Health, Andorra.

**Gabriele Rinaldi**, Director of the Health Authority of San Marino, San Marino.

**Andrey Sapogovskiy**, Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, Russia.

**Maria State**, Head of Epidemiology and Methodology, Department of Evaluation and Analysis, The National Board of Health and Welfare, Sweden.

**Jozef Suvada**, Director of SOPs, Preventive, Diagnostic and therapeutic Guidelines and Long-term care, Slovakia.

**Marcela Tirdea**, Head of Department Policy analysis, monitoring and evaluation, Republic of Moldova.

**Elli Tzorou**, Legal Adviser to Minister for Health, Ministry of Health, Greece.

**Modesta Visca**, Healthcare National Plan Office, Ministry of Health, Italy.

***Hanno contribuito all'organizzazione dell'evento:***

Miguel Cabral, Pasquale Cacciatore, Elettra Carini, Giulia Conti, Emanuela Maria Frisicale, Andrea Gentili, Adriano Grossi, Paolo Parente, Angelo Maria Pezzullo, Maria Luisa Ricciardi.