

## 14 Medico-manager, medico e manager o management del medico?

di Federico Lega e Anna Prenestini<sup>1</sup>

### 14.1 Oggetto del contributo

Negli ultimi dieci anni tutti i sistemi sanitari moderni hanno avviato processi di «managerializzazione» nella gestione delle proprie strutture assistenziali e di cura.

Come testimonia l'analisi della letteratura approfondita nel seguente paragrafo, il tema è stato a più riprese studiato dai ricercatori di management sanitario (e dai sociologi delle professioni), interessati a capire quali cambiamenti si potevano generare nei sistemi sanitari a seguito di un venir meno della dominanza dell'impronta professionale che tradizionalmente ne ha caratterizzato il funzionamento. Soprattutto interessati a capire se la managerializzazione, di fronte ad una crescente tensione economica, possa essere una risposta ai problemi di *decision-making* ed *accountability* che sono connessi al funzionamento dei sistemi professionali, fortemente auto-referenziali su entrambi i fronti.

Questo processo di managerializzazione (incluso nel più ampio processo di aziendalizzazione nel caso italiano) è sostanzialmente proceduto nelle aziende sanitarie italiane su due fronti: da un lato quello del rafforzamento degli strumenti di gestione, dall'altro quello dell'individuazione di appositi nuovi ruoli manageriali (es. Direttore Generale) o di rafforzamento dei contenuti gestionali nei ruoli apicali dei clinici (es. Direttore di Dipartimento). Questo lavoro si concentra sul secondo punto, ovvero si vuole contribuire ad un'analisi e riflessione costruttiva sulle modalità con cui rafforzare nelle aziende sanitarie i ruoli con contenuti manageriali. Per contenuti manageriali (o gestionali) intendiamo qui, per semplicità, quelli associabili alle cinque funzioni fondamentali a suo tempo individuate da Fayol (1916):

---

<sup>1</sup> Benché il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i §§ 14.1 e 14.3 sono da attribuirsi a Federico Lega, il § 14.2 ad Anna Prenestini.

- ▶ la pianificazione, volta a preparare l'organizzazione al futuro, cercando di anticiparlo e predisponendo il conseguente piano d'azione;
- ▶ l'organizzazione, volta a predisporre le risorse, comprese quelle umane, dell'organizzazione;
- ▶ la guida, volta ad assicurare il funzionamento delle azioni e dei processi dell'organizzazione;
- ▶ il coordinamento, volto ad assicurare l'allineamento e l'armonizzazione degli apporti delle varie componenti dell'organizzazione;
- ▶ il controllo, volto ad assicurare che le attività e i processi dell'organizzazione si svolgano in accordo con le regole e gli obiettivi stabiliti.

Queste funzioni possono essere oggetto di progettazione e sviluppo a diversi livelli aziendali, coinvolgendo le responsabilità e le attese di comportamento sia del vertice che della linea intermedia. Nel caso delle aziende sanitarie italiane, la linea intermedia corrisponde alla direzione delle strutture quali i dipartimenti, i distretti, le unità operative. In questo senso la managerializzazione dei ruoli può quindi coinvolgere sia il vertice aziendale, si veda l'introduzione della figura del direttore generale, sia il livello di primariati o di direzione di dipartimenti e distretti. L'oggetto specifico di attenzione in questo lavoro è la managerializzazione della linea intermedia, essendo quella su cui vi è sia una convergenza di opinioni che la ritengono la più complessa e difficile, sia un significativo interesse della comunità scientifica e dei *practitioner* dei sistemi sanitari, come traspare dall'abbondanza di contributi sul tema<sup>2</sup>.

Il punto centrale del dibattito in merito alla managerializzazione della linea intermedia, è che le funzioni manageriali possono essere, in estrema sintesi, attribuite secondo tre modalità diverse e con composizione diversa di responsabilità ed attese di comportamento:

- ▶ al medico-manager: funzioni attribuite in toto al medico apicale, configurando il ruolo etichettato in letteratura del medico-manager;
- ▶ a medici e manager: in parte ai medici, soprattutto per la pianificazione e la guida, ed in parte a manager che li affiancano per le restanti funzioni: ma questa volta sono i manager supervisionati dai medici;

---

<sup>2</sup> Forse anche perché in molti casi i ricercatori hanno ritenuto meno interessante il caso della managerializzazione del vertice, percepita come più «scontata» ed immediata: tutti i sistemi evoluti hanno optato per un sistema di governo dualistico, che affianca ad un direttore generale – in linea teorica un puro manager e spesso sovraordinato a tutti – un direttore medico o sanitario. In realtà il caso meriterebbe maggiore attenzione dato che sotto traccia si osservano anche qui comportamenti decisionali molto differenti nei sistemi, da quelli che ritengono che il direttore generale debba avere un background clinico (medico o infermieristico), ricollegandosi quindi in linea di massima all'idea di un medico-manager come figura chiave dell'azienda sanitaria, a quelli che invece preferiscono estrazioni molto diverse (ad esempio economia, giurisprudenza, ingegneria, ecc.).

- ▶ ai manager: in toto a manager appositamente individuati, che supervisionano ed indirizzano l'attività dei medici, in questo caso concentrati sulla sola attività professionale<sup>3</sup>. Da precisare inoltre che in questa modalità di sviluppo della managerializzazione ricomprendiamo anche le situazioni che possono riprodurre a livello intermedio il rapporto che esiste tra direttore generale e direttore sanitario a livello aziendale: cioè ogni situazione laddove vi è una premienza del manager sul professionista, pur rimanendo possibile che il medico per delega supervisioni, anche con ampia autonomia, specifici processi decisionali. In questo senso, per analogia con il punto precedente, potremmo parlare di schema «manager e medico».

La scelta in merito a quale di queste tre modalità di configurazione della responsabilità manageriale a livello intermedio adottare è spesso orientata più da desiderata e da visioni ideologiche differenti – portate da gruppi professionali specifici – che da evidenze che ci aiutino a comprendere quale sia preferibile e quando o sotto quali condizioni.

Pertanto, lo scopo che si propone questo lavoro è quello di produrre un punto della situazione per alimentare la riflessione in corso, a partire dalle conoscenze e dalla discussione ragionata delle evidenze sulla difficile convivenza tra medici e manager e sui processi di managerializzazione che ci fornisce la ricerca fino ad oggi condotta.

## 14.2 Il rapporto tra medici e manager: evidenze, presunzioni e deduzioni

È opinione comune ritenere che la relazione tra medici e manager sia foriera di tensioni da parte di ambedue le categorie professionali. Questa idea trova riscontro in larga parte della letteratura, che collega tale conflittualità di fondo a diverse tipologie di cause, la maggior parte delle quali riconducibili alle caratteristiche intrinseche dei due ruoli e alla diversità degli approcci decisionali (Freidson 1994; Drife e Johnston 1995; Davies e Harrison 2003; Degeling *et al.* 2003; Smith 2003; Garelick e Fagin 2005).

Partendo dal presupposto che tale conflittualità debba essere gestita per proseguire nel percorso di managerializzazione intrapreso dalle aziende sanitarie, il presente paragrafo, attraverso una disamina della letteratura internazionale e nazionale, si pone l'obiettivo di analizzare le evidenze di cui disponiamo in materia di rapporto tra medici e manager.

---

<sup>3</sup> Ipotesi questa molto radicale rispetto a quanto mostra fino ad oggi lo scenario internazionale, in cui dall'analisi della letteratura non risultano casi a livello di linea intermedia di direzione da parte di *full-time* manager sui clinici. Eppure è un caso possibile, che ad esempio può verificarsi in Italia (e si è verificato in alcune realtà) laddove la direzione di un Distretto sia data ad un manager con un background di natura economica o comunque diverso dall'area della clinica.

Gli autori sopra citati riconoscono delle importanti differenze tra i due ruoli in relazione ai valori e agli obiettivi di cui sono portatori: se, da un lato, i clinici si focalizzano sulla risposta al bisogno di salute del singolo paziente e sull'efficacia della cura, senza considerare primariamente le dirette conseguenze sull'allocatione delle risorse, dall'altro i manager hanno invece una visione orientata all'intera popolazione e non al singolo caso, e proprio per questo enfatizzano la necessità di una maggiore attenzione rispetto all'efficienza allocativa e al controllo dei costi.

Inoltre, in virtù del professionalismo, i medici aspirano a mantenere una propria autonomia di giudizio ed essere giudicati solo da pari in base alle regole stabilite dall'associazione professionale della quale fanno parte (Hall 1968; Fitzgerald e Ferlie 2000)<sup>4</sup>.

Proprio in relazione alla volontà di mantenere una forte autonomia decisionale, in molti sistemi sanitari i medici tendono ad esercitare un forte potere di veto sulle decisioni di gestione dell'azienda sanitaria. In questo caso la letteratura parla di «*custodial management*» (Ackroyd *et al.* 1989), per cui le decisioni strategiche vengono prese in maniera incrementale e il tentativo è di difendere lo status quo e la posizione di autonomia che il gruppo ha conquistato nel tempo.

Alcuni autori specificano che la minaccia della perdita dell'autonomia professionale e l'accresciuta importanza della rendicontazione dei risultati in termini economici e non solo clinici ha comportato, in parte della categoria medica, uno stato di frustrazione (Kassirer 1998; Murray *et al.* 2001; Smith 2001)<sup>5</sup>. In particolare, Edwards *et al.* (2002) evidenziano un forte contrasto tra i privilegi che la professione medica storicamente prometteva ai membri di tale gruppo – autonomia, sicurezza lavorativa, deferenza e rispetto – e i nuovi imperativi che vengono imposti a questa professione dalle mutate condizioni economiche e sociali – *accountability*<sup>6</sup>, erogazione di cure *patient-oriented* e servizi personalizzati, lavoro multidisciplinare, valutazioni su criteri non strettamente clinico-tecnici ma basati anche sulle percezioni dei pazienti, ecc.

Per parte della letteratura l'erosione del professionalismo dei medici, inteso nella sua tradizionale accezione, sembra essere un processo ormai progressivo e inarrestabile (Tousijn 2002). Per altri studiosi, invece, non vi è evidenza che il managerialismo sia andato a detrimento del professionalismo (Braithwaite 2006).

Per descrivere le organizzazioni gestite secondo i principi cardine del professio-

---

<sup>4</sup> In questa sede non si intende trattare dettagliatamente le caratteristiche del professionalismo nelle aziende sanitarie, per le quali si rimanda a De Pietro e Prenestini (2008).

<sup>5</sup> La letteratura di riferimento, tuttavia, non assegna come causa di questo malcontento solo il rapporto tra medici e management ma anche il mutamento della relazione tra medici e pazienti, come conseguenza delle sempre maggiori aspettative di quest'ultimi nei confronti delle cure che vengono loro erogate.

<sup>6</sup> Il concetto di rendicontazione dei risultati in termini di efficienza nel rapporto tra *input* ed *output* e di efficacia degli *outcome*, nel vocabolario anglosassone viene riassunta nell'unico termine di *accountability*.

nalismo, la letteratura fa generalmente riferimento al modello proposto da Mintzberg (1980 e 1985). L'autore indica quale forma organizzativa tipica delle aziende sanitarie la «*burocrazia professionale*», il cui nucleo operativo – formato da professionisti specializzati – è la componente più importante e numerosa. Tuttavia, viene riconosciuto che l'introduzione di ruoli manageriali all'interno delle aziende sanitarie mina, in parte, l'autonomia del nucleo operativo e contribuisce all'accrescersi delle tensioni tra i professionisti e manager (Southon e Braithwaite 1998; Fitzgerald e Ferlie 2000; Lega e De Pietro 2005; De Pietro e Prenestini 2008).

In realtà, le differenze nei valori e nelle visioni non portano necessariamente ad un'*impasse* dell'azienda sanitaria: i conflitti, se costruttivi, possono condurre verso il progresso e il rinnovamento dell'organizzazione (Lickert 1987). In ogni caso, è opinione comune della letteratura che il conflitto tra le diverse culture di cui sono portatori medici e manager debba essere gestito, pur tenendo conto delle inevitabili diversità tra le due visioni del mondo. Ma come gestire questa contrapposizione?

Come riportato da Edwards *et al.* (2003), alcune posizioni intransigenti contestano al management qualsiasi coinvolgimento in tematiche di carattere clinico, ignorando quella parte di letteratura che ha dimostrato che organizzazioni mal gestite comportano una minore capacità di risposta ai bisogni dei pazienti, una minore efficacia dei servizi erogati, una maggiore frustrazione nel personale e l'incapacità di adattare l'organizzazione ai rapidi cambiamenti dell'ambiente di riferimento (Mannion *et al.* 2003)<sup>7</sup>.

Nonostante alcune tenaci opposizioni all'introduzione di meccanismi e di figure manageriali all'interno delle organizzazioni sanitarie, si può comunque affermare che la maggior parte della letteratura ritiene necessario trovare un punto di equilibrio tra i valori e gli obiettivi di medici e manager.

Diverse sono le soluzioni che vengono proposte dai ricercatori. Alcune incidono sulle variabili più *soft* del rapporto tra le due figure (cultura, valori, ecc.) mentre altre tendono a modificare l'organizzazione stessa delle aziende sanitarie. Tali soluzioni non sono antitetiche ma possono essere applicate contemporaneamente nelle aziende sanitarie, anzi nel caso in cui si scelgano soluzioni strutturali è importante che anche la cultura organizzativa si indirizzi verso una maggiore condivisione dei valori e delle visioni.

In merito alle soluzioni più *soft*, vi sono alcune condizioni che, se perseguite da medici e manager, possono contribuire al superamento delle tensioni di fondo tra i due ruoli (Drife e Johnston 1995; Edwards *et al.* 2003): (i) il rispetto reciproco tra le parti, ossia l'accettazione della diversità di valori e culture da parte di entrambe le figure; (ii) la condivisione di alcuni valori fondamentali espressi in

---

<sup>7</sup> Bisogna tuttavia riportare che Braithwaite e Westbrook (2005), invece, indicano che alcuni studiosi non sono pienamente convinti che gli sforzi di introduzione di sistemi e strumenti di management nelle organizzazioni sanitarie abbiano migliorato la performance degli ospedali (Street *et al.* 1999).

modo esplicito ed onesto, superando gli argomenti in cui vi è un palese disaccordo per soffermarsi su valori decisamente condivisibili come la necessità di erogare eccellenti servizi sanitari, ecc.; (iii) l'onestà delle argomentazioni e delle reciproche richieste, evitando di «bluffare» sui veri bisogni solo per il rischio di non veder accettata ogni richiesta; (iv) l'individuazione e la condivisione di obiettivi sia per il breve-medio periodo, in relazione al lavoro quotidiano, sia per il lungo periodo, rispetto alle strategie per il cambiamento dell'organizzazione; (v) la lotta alla disinformazione, attraverso la diffusione dei valori e degli obiettivi che sono stati condivisi a tutti i membri dell'organizzazione.

Smith (2003) afferma che i medici – una volta superato l'orgoglio e il pregiudizio nei confronti dell'altra parte – possono imparare molto dai manager: a partire dallo sviluppo di un pensiero strategico e di una visione di sistema piuttosto che del singolo caso (che può favorire anche il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure), fino alla capacità di lavorare in team multidisciplinari e di gestire una negoziazione tra i membri del gruppo di lavoro (passando da una logica «win-lose» ad una «win-win», in cui il compromesso non è visto come «concessione» all'altra parte ma fa parte delle dinamiche del team).

Per quanto riguarda le soluzioni che incidono maggiormente sulle variabili strutturali dell'organizzazione, larga parte della letteratura converge nel ritenere che sia necessario il coinvolgimento diretto dei clinici nel management (Allen 1995; Walker e Morgan 1996; Davies e Harrison 2003; Garelick e Fagin 2005; Vlastarakos e Nikopulos 2007)<sup>8</sup>. In particolare, gli autori suggeriscono che esso può condurre a significativi benefici per le performance aziendali, comprese quelle legate alla qualità dell'assistenza.

Nel contesto internazionale, questo coinvolgimento è stato sovente tradotto nella costituzione di dipartimenti con a capo un clinico (Kitchener 2000; Braithwaite e Westbrook 2005; Braithwaite 2006; Lega 2008a), generalmente chiamati *Clinical Directorates*.

Sul piano organizzativo, il modello dipartimentale rappresenta il passaggio dalla tradizionale burocrazia professionale verso una struttura organizzativa divisionale decentrata (Willcocks 1994; Braithwaite e Westbrook 2005; Lega e De Pietro 2005). In tale tipologia di organizzazione le responsabilità strategiche e gestionali (su budget, risorse umane, ecc.) sono poste in capo ai direttori clinici di dipartimento.

Rispetto al coinvolgimento dei clinici nel management attraverso *clinical directorates* si trovano delle posizioni opposte in letteratura: la parte più corposa ritiene che siano maggiori i vantaggi ottenibili dai dipartimenti, mentre una parte minoritaria esprime alcune critiche a tale tipologia di soluzione.

<sup>8</sup> In termini anglosassoni, il medico che viene coinvolto nel management viene generalmente chiamato *clinician manager*. I valori di cui è portatrice tale figura dovrebbero incorporare la visione individualistica del lavoro clinico, un forte realismo sul piano finanziario e la ricerca di trasparenza nella rendicontazione dei risultati (Degeling *et al.* 2003).

Nel primo caso, i principali benefici dei dipartimenti clinici sono relativi a una maggiore efficienza (Ruffner 1986), una migliore localizzazione delle scelte manageriali a livello decentrato (Heyssel *et al.* 1984; Sang 1993), una accentuata focalizzazione sul paziente (Lathrop *et al.* 1991), una più mirata allocazione delle risorse (Fitzgerald e Sturt 1992). Più nello specifico, il coinvolgimento dei clinici nel ruolo di direttore di dipartimento dovrebbe favorire principalmente: (i) il miglioramento della qualità dei servizi erogati al paziente e degli *outcome* e (ii) il recupero di efficienza, attraverso un maggiore controllo delle risorse.

Una delle critiche maggiori che viene posta a tale letteratura è che essa sia prescrittiva più che descrittiva, in quanto assume la necessità, la legittimità e la razionalità dell'introduzione di sistemi manageriali e, quindi, del coinvolgimento dei professionisti nel ruolo di direttore clinico di dipartimento (Braithwaite 2006). Questo filone della letteratura rimane, inoltre, su posizioni normative e non procede ad indagare se e con quale grado tali benefici siano stati, in realtà, effettivamente conseguiti.

Le opinioni critiche nei confronti dell'introduzione dei dipartimenti con a capo un clinico sono, invece, di due tipologie. Da un lato, alcuni studiosi ritengono che l'introduzione dei dipartimenti clinici sia solo un tentativo dei fautori del managerialismo di incorporare i professionisti sanitari all'interno di gerarchie manageriali, con il rischio di soppiantare i valori del professionalismo con i valori manageriali e di creare dilemmi etici (Burgoyne e Lorbieckie 1993). In contraddizione con questa visione, altri autori ritengono che i clinici abbiano favorito il sorgere dei dipartimenti clinici per consolidare la propria posizione di influenza sulla gestione dell'azienda e sull'agenda del *management* (Thorne 2002).

Particolarmente critico è il ruolo che viene richiesto ai direttori di dipartimenti clinici poiché, sottraendo tempo alla professione per dedicarlo alla gestione della macrostruttura, rischiano di non essere più percepiti dai propri colleghi come leader di specialità e perdono uno *status* precedentemente riconosciuto (Detmer 2000). Criticità si manifestano anche quando i clinici si dedicano quasi esclusivamente alla loro attività professionale, tralasciando i compiti manageriali attesi da quel ruolo (Lega 2008a)<sup>9</sup>.

Gli autori che promuovono l'una o l'altra soluzione concordano nel ritenere che le strategie per coinvolgere i clinici nel management richiedano un maggiore sforzo rivolto ad iniziative di formazione (Harrison e Miller 1999; Detmer 2000; Atun 2003; Nash 2003): sia, quindi, per consentire la comprensione reciproca dei

---

<sup>9</sup>Tale situazione potrebbe modificarsi a seconda del modello di *governance* dipartimentale prescelto. Infatti, queste problematiche si manifestano con una maggiore intensità se il direttore di dipartimento è «solo» a capo della macrostruttura, cioè se non può contare su un *board* che lo accompagna nella gestione (come, invece, avviene ad es. nel modello anglosassone sono generalmente presenti un responsabile delle *operations* ed un responsabile amministrativo per la gestione finanziaria ed informativa).

ruoli e degli obiettivi tra medici e manager, sia – in modo più intensivo – per i medici che vogliono intraprendere una carriera con risvolti prettamente manageriali all'interno dei dipartimenti clinici.

In conclusione, la letteratura, seppure sull'argomento molto vasta, non riesce a risolvere in maniera del tutto convincente il problema del coinvolgimento dei clinici nel management.

Né soluzioni più *soft* come la condivisione di valori ed obiettivi, né l'introduzione dei dipartimenti con a capo i clinici possono – da sole – bastare per superare questa contrapposizione.

Inoltre, la letteratura spiega in modo normativo come debba essere organizzato un buon dipartimento (Rea 1995) o come essere un eccellente *clinician manager* (Chantler 1989), ma non riporta – se non in poche ricerche come quelle effettuate da Davies *et al.* (2003) e Braithwaite e Westbrook (2004) – dati empirici su come i clinici e i manager percepiscano questa contrapposizione e quali siano le loro idee per risolverla.

### 14.3 Quale direzione futura?

Appare evidente che la fotografia e le evidenze che ci presenta la letteratura sono ancora molto deboli per formare un'opinione sicura rispetto alle modalità con cui sviluppare nelle linee intermedie delle aziende sanitarie i processi di managerializzazione. Inoltre, molta della letteratura è ancora qualitativa e sono molte le presunzioni e deduzioni non verificate che ne derivano. Emerge in modo trasversale il processo di creazione dei dipartimenti (*clinical directorates*), che sembra configurare il rafforzamento del medico-manager o del medico affiancato da manager («medico e manager») come nell'esperienza anglosassone, anche se permangono notevoli differenze da Paese a Paese negli approcci con cui si associano responsabilità ed attese di comportamento (che inevitabilmente si legano a fattori culturali ed agli schemi/incentivi decisionali prodotti dalle regole di funzionamento del sistema sanitario). Molta enfasi viene data anche all'importanza di formare dal punto di vista manageriale i medici, cosa pienamente condivisibile di fronte alle sfide che ogni sistema sanitario moderno si trova ad affrontare, ma che probabilmente sconta l'affiliazione degli autori, che in diversi casi sono direttamente coinvolti nelle istituzioni che sono le prime ad erogare i corsi di management per clinici<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> In questa prospettiva l'evoluzione verso il modello del medico-manager troverebbe quindi due preziosi alleati tra i medici desiderosi di non perdere la primazia nella gestione dell'azienda sanitaria e i consulenti, accademici e amministratori desiderosi di espandere la propria attività formativa manageriale nei confronti degli stessi medici. Tutto ciò forse a detrimento di una discussione più neutrale sulle altre modalità di managerializzazione?



La sintesi è che la letteratura (e quindi la ricerca) è ancora del tutto insoddisfacente ed inconcludente. Nonostante il tema sia nell'agenda da diversi anni, ancora oggi non abbiamo alcuna evidenza certa degli effetti della managerializzazione dei medici delle linee intermedie, dei vantaggi dell'affiancamento a loro di manager, o della inversione di questa scelta con la diretta responsabilizzazione di manager a capo dei clinici. Ad esempio, quali differenze vi sono nelle performance di un distretto se governato da un clinico o governato da un laureato in economia? O tra un dipartimento diretto da un solo clinico rispetto ad uno in cui il clinico è affiancato da un manager? Come possiamo correlare le performance organizzative a tale scelte di «managerializzazione» dei ruoli?

In mezzo a tante ipotesi, deduzioni e prescrizioni che la teoria suggerisce, per provare a dare un piccolo contributo ulteriore in queste conclusioni proponiamo di seguito anche noi una riflessione deduttiva, ma partendo da una prospettiva consolidata: ci basiamo sulle evidenze prodotte nell'ambito degli studi manageriali che si sono interessati delle condizioni sotto cui migliorano le performance aziendali.

Gli spunti sono sostanzialmente due.

Il primo spunto viene dalle teorie sulla leadership, sui suoi contenuti ed efficacia nel governo dell'azienda. La quantità di ricerca, di paradigmi e di interpretazioni in questo campo è sconfinata. Tuttavia vogliamo qui riprendere una proposta che nasce dall'analisi empirica dei comportamenti dei leader e distingue due tipi di leadership, quella carismatica da quella strumentale (Kets De Vries 2008). La prima è la leadership dei leader che forniscono o aiutano l'organizzazione ha sviluppare la visione, il *sense-making*, cioè un attribuzione di significato alla propria esistenza organizzativa (la «ragion d'essere»), che agiscono da *problem-solver* e da *coach* nei confronti dei loro potenziali successori. La seconda è la leadership dei leader che agiscono come organizzatori, che ottimizzano i processi operativi, che curano i dettagli del funzionamento aziendale, che sviluppano gli strumenti manageriali. L'analisi ci dice che nelle organizzazioni professionali ai professionisti si può chiedere una leadership carismatica, ma in linea di massima non si può chiedere una leadership strumentale. Soprattutto se i professionisti sono clinici di valore che vogliono continuare a praticare come professionisti. Solo i clinici (professionisti) non pienamente affermati sono talvolta inclini a diventare degli ottimi leader strumentali (ma in questo caso spesso difettano di leadership carismatica). In questa luce verrebbe da ipotizzare che per le necessità operative dell'azienda sanitaria si potrebbero individuare dei medici di profilo inferiore dal punto di vista professionale, ma dalla spiccata propensione gestionale, a cui attribuire la responsabilità manageriale della linea intermedia. E si potrebbe conseguire anche il vantaggio di liberare tempo prezioso dei clinici più capaci professionalmente per la loro pratica, a tutto vantaggio dei pazienti. Tuttavia è evidente come sia complesso individuare il primo tipo di clinici, e come d'altra parte nelle organizzazioni professionali la gestione non può prescindere dall'autorevolezza professionale, almeno in parte. Inoltre i ruoli gestionali sono ambiti anche per la

visibilità che danno ed i riflessi che producono sulle attività personali. Appare quindi poco sostenibile un percorso di sviluppo organizzativo della managerializzazione delle aziende sanitarie che non coinvolga i clinici più capaci ed autorevoli, quelli maggiormente capaci di esprimere una leadership carismatica piuttosto che strumentale.

Il secondo spunto viene dalle ricerche che hanno affrontato le condizioni per cui un'organizzazione tende maggiormente di altre ad eccellere. Anche in questo campo gli studi sono stati moltissimi, e pure i modelli prescrittivi che ne sono derivati. Tuttavia vi sono alcune evidenze ed alcune proposte su cui la ricerca e la teoria convergono. Cento anni di economia aziendale e scienza dell'organizzazione hanno messo in evidenza come gli individui, ed i gruppi, sviluppino delle dinamiche comportamentali di «difesa» rispetto al cambiamento (Weick 1979; Levitt e March 1988, Kotter 1996; Argyris e Schon 1998; Lega 2008b):

- ▶ sono «problematistic searcher», nel senso che affrontano un cambiamento quando percepiscono di avere un problema, altrimenti proseguono per inerzia con i comportamenti consueti;
- ▶ sono quindi «satisficing», nel senso che si «accontentano» di lavorare secondo livelli di performance accettabili, non ricercano il miglioramento continuo, ma nella maggior parte dei casi si ritagliano un «comfort bunker» fatto di prassi, consuetudini, cerimonie organizzative («abbiamo sempre fatto così...») dietro cui si proteggono. Questo porta spesso a logiche di lavoro da «sistema chiuso», autoreferenziale, anche nei confronti dei clienti interni, i colleghi, le altre unità organizzative, ecc.;
- ▶ agiscono secondo «retention of solutions», la ritenzione delle soluzioni passate, altrimenti detta «apprendimento superstizioso», per cui quando affrontano un problema la prima cosa che fanno è «pescare» nelle soluzioni adottate in passato per problemi simili. Si ritiene che ciò che ha dato buoni frutti in passato sarà necessariamente efficace anche in futuro. Questo comportamento, pur facendo leva sul dato positivo dell'esperienza, rischia di scivolare nella cosiddetta «trappola della competenza», per cui routine e pratiche familiari ai membri dell'azienda verranno riproposte anche in circostanze in cui altre pratiche si potrebbero rivelare maggiormente efficaci.

Secondo le evidenze riportate in letteratura, pensare, avviare e portare avanti un cambiamento comporta il superamento dei vincoli culturali evidenziati dalle dinamiche organizzative sopra richiamate, nonché massima attenzione allo sviluppo di una struttura parallela di gestione per progetti che affianchi la struttura organizzativa stabile. Come scrive Wenger (1998), l'appartenenza ad una precisa articolazione organizzativa (ufficio, dipartimento, divisione, ecc.) consente al membro dell'organizzazione di maturare una propria identità professionale, di fare esperienze cumulabili (coerenti con l'area di competenza), di interagire e

sviluppare delle comunità di pratiche. La contemporanea appartenenza anche a gruppi di progetto permette invece di liberare le energie individuali, di dare sfogo all'interesse intellettuale, al bisogno di fare diversamente, di motivare verso obiettivi ambiziosi, di partecipare al «disegno» di cambiamento.

In questa prospettiva, l'analisi delle aziende che registrano le migliori performance, nella gestione corrente come nel cambiamento, mette quindi in evidenza una chiara correlazione con due caratteristiche organizzative (Collins 2001): la presenza di una funzione di operations management (responsabilità di gestione operativa) ed un'organizzazione stabile di funzionamento per project management. Cioè una chiara attribuzione di responsabilità su procedure, processi o progetti complessi, attraverso anche la costruzione di una «struttura parallela» fatta di gruppi di progetto responsabilizzati sull'affrontare problemi trasversali.

Se mettiamo assieme i due spunti di riflessione sopra discussi, una sintesi possibile sembra quindi portare nella direzione del modello del medico e manager. Da un lato il professionista capace ed autorevole a capo di una linea intermedia, ad esempio un direttore di dipartimento, rispetto alla quale si attende l'esercizio di una leadership carismatica. Dall'altro lato un manager, di estrazione forse non clinica, dal quale si attende l'esercizio di una leadership strumentale, cioè la risoluzione dei problemi di gestione operativa, il miglioramento continuo dei processi e procedure, l'organizzazione e supervisione di un lavoro per progetto che produca il cambiamento nella linea intermedia. Non necessariamente dovrà esserci una corrispondenza di uno a uno tra professionista e manager: alcuni manager potrebbero lavorare a scavalco di più strutture intermedie e quindi riportare a più direttori di dipartimento o distretto (o anche di struttura complessa in alcuni casi). La dimensione aziendale, la disponibilità di competenze e personale, la cultura aziendale saranno alcuni dei fattori che potranno guidare la progettazione organizzativa.

Non abbiamo ancora evidenze che questa modalità di managerializzazione possa essere «superiore» alle altre, così come chi ben conosce l'approccio contingente alla progettazione organizzativa potrebbe argomentare che non ha senso porsi la domanda se esista una modalità auspicabile, essendo ciascuna modalità più o meno coerente con un determinato contesto organizzativo. Eppure le contingenze si possono modificare se si hanno le coordinate chiare di quali condizioni di contesto si vogliono raggiungere attraverso adeguati percorsi di sviluppo organizzativo. E le aziende sanitarie italiane hanno bisogno di avere una *road-map* di come procedere nei loro percorsi di dipartimentalizzazione o di distrettualizzazione. D'altro canto, se tutto il mondo anglosassone propende in modo esplicito per un modello «medico e manager», dovrà esserci una ragione. Forse scopriremo che si tratta dell'ennesima «management fashion». Oppure che è una soluzione capace di dare nuova spinta all'aziendalizzazione. Certamente vale la pena di porsi seriamente l'obiettivo di approfondire la comprensione di quali risultati producono le diverse modalità di managerializzazione delle aziende sanitarie, at-

traverso sia uno studio più rigoroso delle esperienze estere, sia attraverso progetti pilota nel contesto italiano. L'augurio è che questo messaggio venga colto sia dai decisori aziendali che dai decisori politici ed amministrativi, e che quest'ultimi consentano e spingano le aziende ad una sperimentazione della modalità, quella del medico e manager, che ancora oggi risulta estremamente difficile per ragioni di schieramento ideologico, lobby professionali e presunta (in)sostenibilità economica. Eppure, vi sono anche in Italia esperienze che cominciano a testimoniare l'interesse e l'utilità di questa modalità di managerializzazione (Cicchetti et al. 2005, Lega 2006). Attendiamo un segnale dal sistema.

## Bibliografia

- Ackroyd S., Hughes J.A., Soothill K. (1989), «Public-sector services and their management», *Journal of Management Studies*, 26(6), pp. 603-619.
- Allen D. (1995), «Doctors in management or the revenge of the conquered», *Journal of Management in Medicine*, 9(4), pp. 44-50.
- Argyris C., Schon D. (1998), *Apprendimento organizzativo: Teoria, metodo e pratiche*, Guerini e Associati, Milano.
- Atun R. (2003), «Doctors and managers need to speak a common language», *British Medical Journal*, 326, p. 655.
- Braithwaite J. (2006), «Analysing structural and cultural change in acute settings using a Giddens-Weick paradigmatic approach», *Health Care Analysis*, 14, pp. 91-102.
- Braithwaite J., Westbrook M. (2004), «A survey of staff attitudes and comparative managerial and non-managerial views in a clinical directorates», *Health Service Management Research*, 17, pp. 141-166.
- Braithwaite J., Westbrook M. (2005), «Rethinking clinical organisational structures: an attitude survey of doctors, nurses and allied health staff in clinical directorates», *Journal of Health Service Research and Policy*, 10(1), pp. 10-17.
- Burgoyne J., Lorbieckie A. (1993), «Clinicians into management: the experience in context», *Health Service Management Research*, 6(4), pp. 248-259.
- Chantler C. (1989), «How to do it. Be a manager», *British Medical Journal*, 298, pp. 1505-1508.
- Cicchetti A., Vicentini F., Matarrese D. (2005), «Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di «ruoli di integrazione» in tre casi aziendali», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2005*, Milano, EGEA.
- Collins J. (2001), *Good to Great: Why Some Companies Make the Leap... and Others Don't*, Harper Business. New York.
- Davies H.T.O., Harrison S. (2003), «Trends in doctor-manager relationships», *British Medical Journal*, 326, pp. 646-649.

- Davies H.T.O., Hodges C., Rundall T.G. (2003), «Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS», *British Medical Journal*, 326, pp. 626-628.
- Degeling P., Maxwell S., Kennedy J., Coyle B. (2003), «Medicine, management and modernisation: a «danse macabre»?», *British Medical Journal*, 326, pp. 649-652.
- Del Pietro C., Prenestini A. (2008), «Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.
- Detmer D. (2000), «Clinician-managers: the 'boundary spanners' of health services», *Journal of Health Service Research and Policy*, 5(4), pp. 197-198.
- Drife J., Johnston I. (1995), «Management for doctors: handling the conflicting cultures in the NHS», *British Medical Journal*, 310, pp. 1054-1056.
- Edwards N., Kornacki M.J., Silversin J. (2002), «Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?», *British Medical Journal*, 324, pp. 835-838.
- Edwards N., Marshall M., McLellan A., Abbasi K. (2003), «Doctors and managers: a problem without a solution?», *British Medical Journal*, 326, pp. 609-610.
- Fayol H. (1916), «Administration industrielle et générale», *Bulletin de la Société de l'Industrie Minière*, N° 10, p. 5-164.
- Fitzgerald L., Ferlie E. (2000), «Professionals: back to the future?», *Human Relations*, 53(5), pp. 713-739.
- Fitzgerald L., Sturt J. (1992), «Clinician into management: on the change agenda or not?», *Health Service Management Research*, 5(2), pp. 137-146.
- Freidson E. (1994), *Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy*, Cambridge, Polity Press.
- Garelick A., Fagin L. (2005), «The doctor-manager relationship», *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, pp. 241-252.
- Hall R. (1968), «Professionalization and bureaucratization», *American Sociological Review*, 73(1), pp. 92-104.
- Harrison R., Miller S. (1999), «The contribution of clinical directorates to the strategic capability of the organization», *British Journal of Management*, 10, pp. 23-29.
- Heyssel R.M., Gaintner J.R., Kues I.W., Jones A.A., Lipstein S.H. (1984), «Special report: decentralized management in a teaching hospital», *New England Journal of Medicine*, 310, pp. 1477-1480.
- Kassirer J.P. (1998), «Doctor discontent», *New England Journal of Medicine*, 339, pp. 1543-1545.
- Kets De Vries M.F.R. (1999), «Carisma in azione», in Quaglino, G.P. (a cura di), *Leadership. Nuovi profili di leader per nuovi scenari organizzativi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Kets De Vries, M.F.R. (2008), *Kets de Vries on Leadership*, John Wiley & Sons Ltd.

- Kitchener M. (2000), «The 'bureaucratization' of professional roles: the case of clinical directors in UK Hospitals», *Organization*, 7(1), pp. 129-154.
- Kotter J. (1996), *Leading Change*, Harvard Business School Press.
- Lathrop J.P., Seufert G.E., MacDonald R.J., Martin S.B. (1991), «The patient-focused hospital: a patient care concept», *Journal of the Society for Health Systems*, 3(2), pp. 33-50.
- Lega F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: segnali dal campo su come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica ed organizzativa», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Milano, EGEA.
- Lega F. (2008a), «The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy», *Health Policy*, 85, pp. 252-262.
- Lega F. (2008b), *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, EGEA.
- Lega F., De Pietro C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74(3), pp. 261-281.
- Levitt B., March G. J. (1988), «Organizational Learning», *Annual Review of Sociology*, 14.
- Lickert R. (1987), «The principles of supportive relationship», in Pugh D.S. (a cura di), *Organisation theory – selected readings*, Penguin, Harmondsworth, pp. 239-316.
- Mannion R., Davies H., Marshall M. (2003), *Cultures for performances in health care: evidence on the relationships between organizational culture and organizational performance in the NHS*, York, University of York.
- Mintzberg H. (1980), «Structure in 5's: a synthesis of the research on organizational design», *Management Science*, 26(3), pp. 322-341.
- Mintzberg H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, il Mulino.
- Murray A., Montgomery J.E., Chang H., Rogers W.H., Inui T., Safran D.G. (2001), «Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997», *Journal of General Internal Medicine*, 16, pp. 452-459.
- Nash D.B. (2003), «Doctors and managers: mind the gap», *British Medical Journal*, 326, pp. 652-653.
- Rea C. (1995), «Clinical directorates», *British Journal of Hospital Medicine*, 53(5), pp. 232-233.
- Ruffner J.K. (1986), «Product line management: how six healthcare institutions make it work», *Healthcare forum*, September/October, pp. 11-14.
- Sang W.H. (1993), «Clinical directorates: the new order», *British Journal of Hospital Medicine*, 49, pp. 353-355.
- Smith R. (2001), «Why are doctors so unhappy», *British Medical Journal*, 322, pp. 1073-1074.

- Smith R. (2003), «What doctors and managers can learn from each other», *British Medical Journal*, 326, pp. 610-611.
- Southon G., Braithwaite J. (1998), «The end of professionalism?», *Social Science & Medicine*, 46(1), pp. 23-28.
- Street A., Carr-Hill R., Posnett J. (1999), «Is hospital performance related to expenditure on management?», *Journal of Health Services Research and Policy*, 4, pp. 6-15.
- Thorne M.L. (2002), «Colonizing the new world of NHS management: the shifting power of professionals», *Health Service Management Research*, 15, pp. 14-26.
- Tousijn W. (2002), «Medical dominance in Italy: a partial decline», *Social Science & Medicine*, 55, pp. 733-741.
- Vlastarakos V., Nikopoulos T. (2007), «The interdisciplinary model of hospital administration: do health professionals and managers look at it in the same way?», *European Journal of Public Health*, 18(1), pp. 71-76.
- Walker R., Morgan P. (1996), «Involving doctors in management», *Journal of Management in Medicine*, 10(1), pp. 31-52.
- Weick K. (1969; 1979), *The social psychology of organizing, 2nd edition*, Addison-Wesley Reading, Mass.
- Wenger, E. (1998), *Communities of Practice – Learning, Meaning, and Identity*, New York, Cambridge University Press.
- Willcocks S. (1994), «The clinical director in the NHS: utilizing a role-theory perspective», *Journal of Management in Medicine*, 8(5), pp.68-76.