



# **Formare i manager della Sanità nel XXI Secolo**

---

**Stephen S. Mick, PhD, FACHE**  
**Arthur Graham Glasgow Professor and Chair**  
**Department of Health Administration**  
**Virginia Commonwealth University**  
**Richmond, Virginia, USA**

**e**

**Professeur Invité**  
**Institut de Formation et de Recherche sur les**  
**Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS)**  
**Université Jean Moulin Lyon 3**  
**Lyon, France**



# Obiettivi

---

## – Il grande paradosso americano

- - Un sistema sanitario con risultati relativamente bassi  
e contemporaneamente
  - Un sistema educativo eccellente per quanto riguarda la gestione sanitaria

## – Un approccio accademico:

- Contenuti dei programmi educativi
- Competenze
- Apprendimento esperienziale

## – Conclusioni

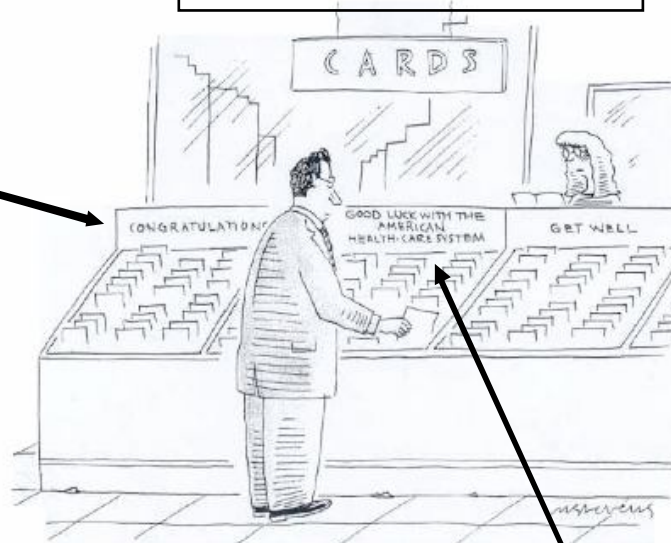


# A View from *The New Yorker*

## Cartoline di auguri

« Congratulazioni »

« Rimettiti presto »

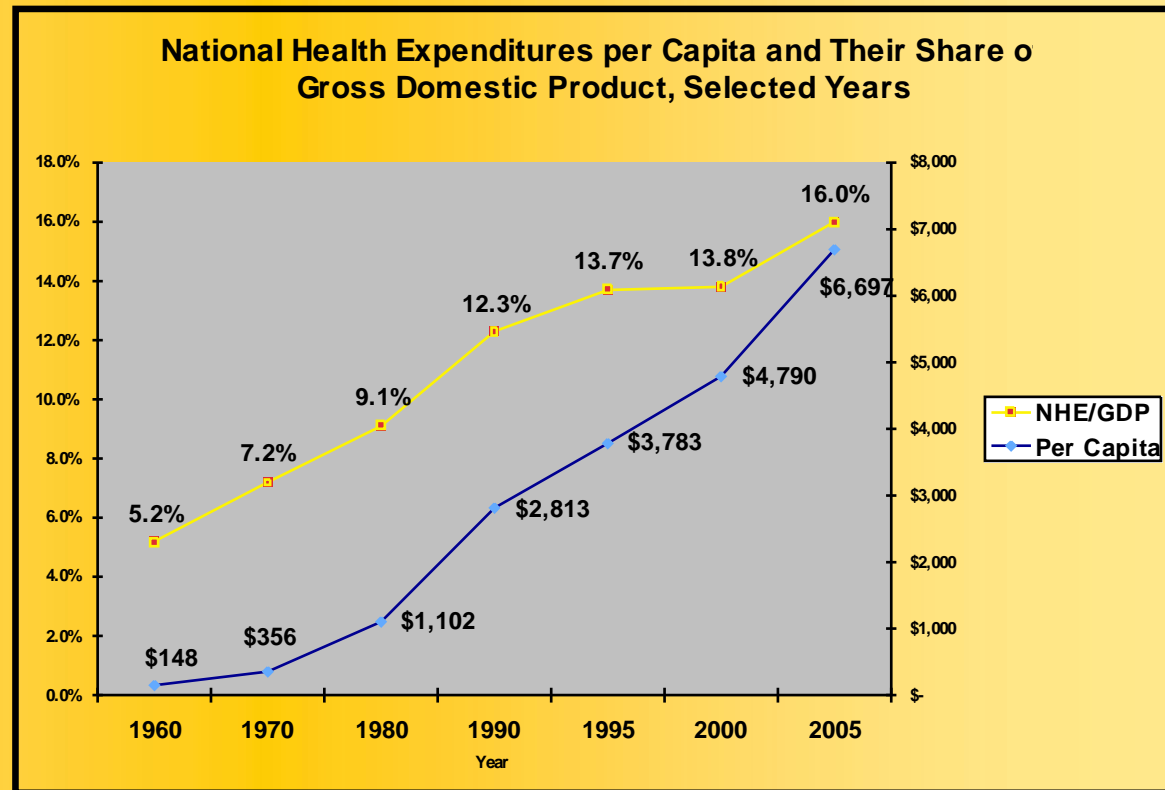


« Buona fortuna visto che ti affidi al sistema sanitario statunitense »



# Il contesto: Alti costi 1

- **Dal 1960, la spesa sanitaria (come % sul PIL) è triplicata**
- **OGGI la spesa di avvicina ai \$7000 (4700€) per persona**
- **ENTRO IL 2015 potrebbe diventare il 20% del PIL**





# Contesto: Alti costi 2

Gli USA spendono più soldi (in assoluto e a testa) che qualsiasi altro paese industrializzato al mondo

United States

Italia

EXHIBIT 1  
Health Spending in OECD Countries, 2001

Country	Total health spending per capita			GDP per capita		
	PPP\$	As percent of U.S. spending	Average annual growth, 1991-2001 (%)	PPP\$	Average annual growth, 1991-2001 (%)	Health spending as percent of GDP
United States	4,887	100	3.1	35,182	2.1	13.9
Switzerland	3,322	68	2.3	29,876	0.4	11.1
Norway	2,920	60	2.8	38,462	2.9	8.0
Germany <sup>a</sup>	2,808	57	2.4	26,199	2.2	10.7
Canada	2,792	57	2.1	28,811	2.1	9.7
Luxembourg <sup>b</sup>	2,719	56	3.0	48,687	3.2	5.6
Iceland	2,643	54	3.0	28,879	1.9	9.2
Netherlands	2,626	54	3.0	29,391	2.1	8.9
France	2,561	52	2.4	26,879	1.6	9.5
Australia	2,513	51	4.1	27,408	2.7	9.2
Denmark	2,503	51	2.2	29,218	2.0	8.6
Belgium	2,490	51	3.2	27,775	1.8	9.0
Sweden	2,270	46	2.6	26,052	1.9	8.7
Italy	2,212	45	1.5	26,345	1.4	8.4
Austria	2,191	45	2.5	28,324	1.7	7.7
Japan	2,131	44	3.9	26,652	0.9	8.0
United Kingdom	1,992	41	4.1	26,315	2.4	7.6
Ireland	1,935	40	6.5	30,002	6.7	6.5
Finland	1,841	38	-0.1	26,438	2.5	7.0
New Zealand	1,710	35	3.1	21,077	2.2	8.1
Portugal	1,613	33	5.3	17,560	2.1	9.2
Spain	1,600	33	3.2	21,294	2.3	7.5
Greece	1,511	31	4.4	16,137	1.7	9.4
Czech Republic	1,106	23	5.3	15,143	1.8	7.3
Hungary	911	19	2.1	13,431	2.6	6.8
Korea <sup>b</sup>	893	18	8.1	15,905	4.6	5.9
Slovak Republic <sup>a</sup>	682	14	NA	12,010	3.1	5.7
Poland	629	13	4.0	9,934	4.4	6.3
Mexico	536	11	2.8	8,903	1.3	6.0
Turkey <sup>c</sup>	301	6	6.3	5,734	0.8	4.8
OECD median	2,151	44	3.0	26,392	2.1	8.1

SOURCE: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) data, 2002.

NOTE: Growth rates are calculated from national currency units, not U.S. dollar purchasing power parities (PPPs). NA is not available.

<sup>a</sup> 1990.

<sup>b</sup> 2000.

<sup>c</sup> 1998.



# Sfide aperte: Tasso di mortalità infantile

- **Tassi di mortalità infantile di americani bianchi a confronto con i tassi europei**
- **Diminuzione dei tassi di mortalità tra il 1935 e il 1970, ma meno che negli altri paesi**
- **Particolarmente cattivi i risultati nel tempo per quanto riguarda i bambini americani non-bianchi**

Figure 2a—Infant Mortality Rates: Selected European Countries and White Infants in the United States, 1935-68

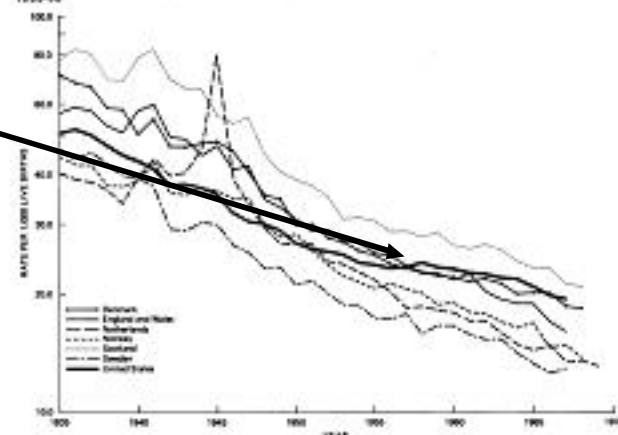
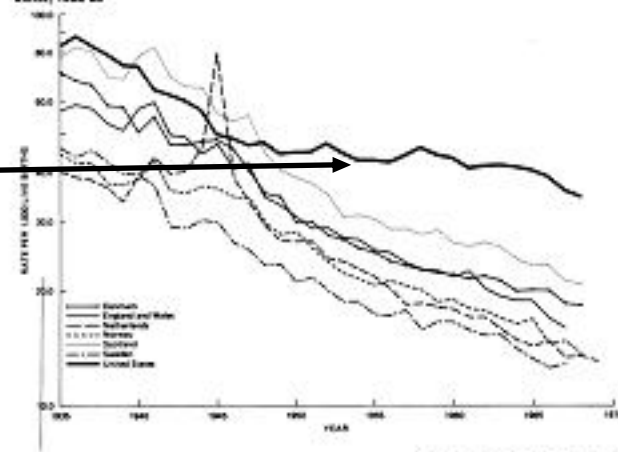


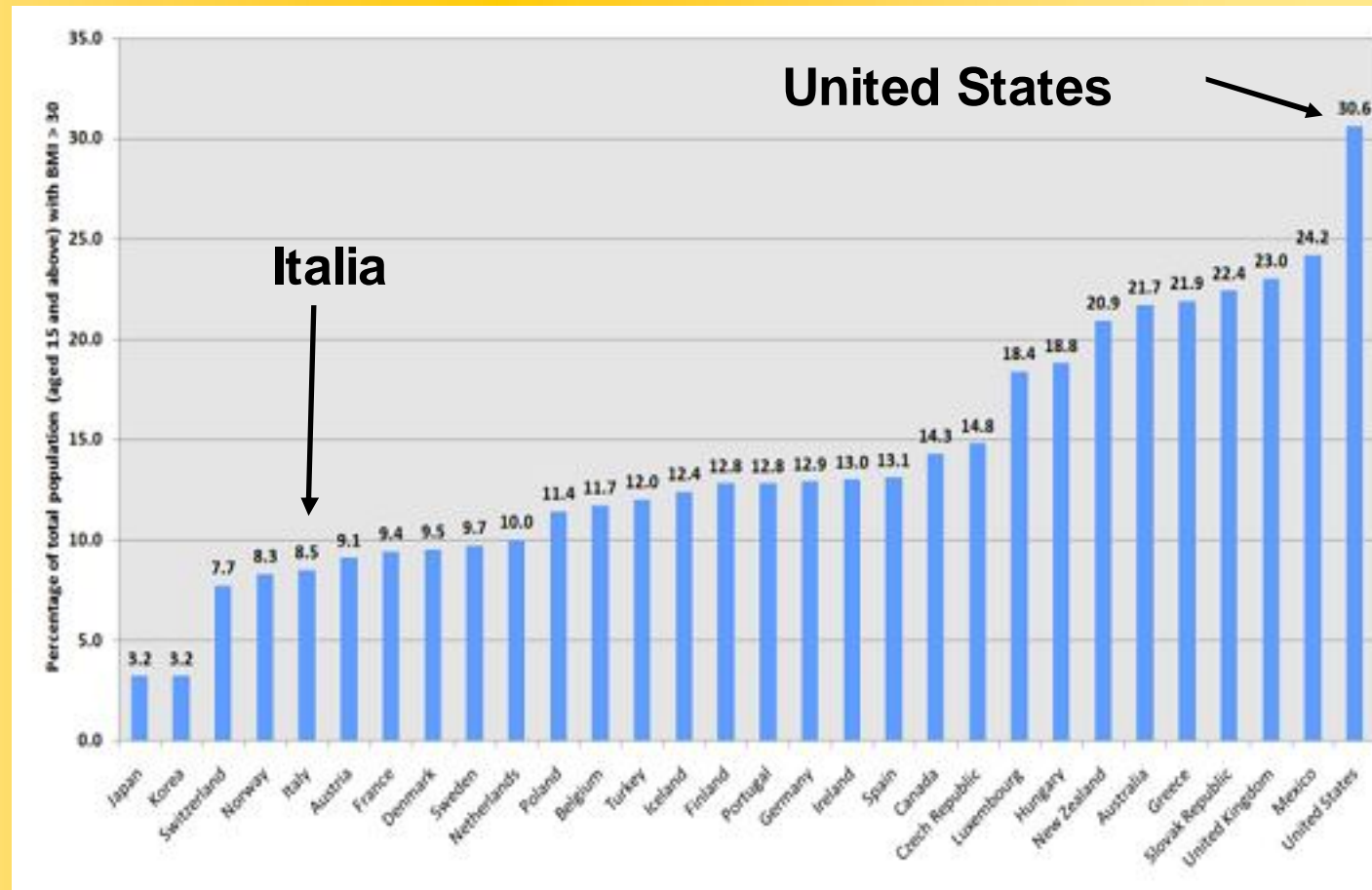
Figure 2b—Infant Mortality Rates: Selected European Countries and Nonwhite Infants in the United States, 1935-68





# Sfide aperte: Obesità

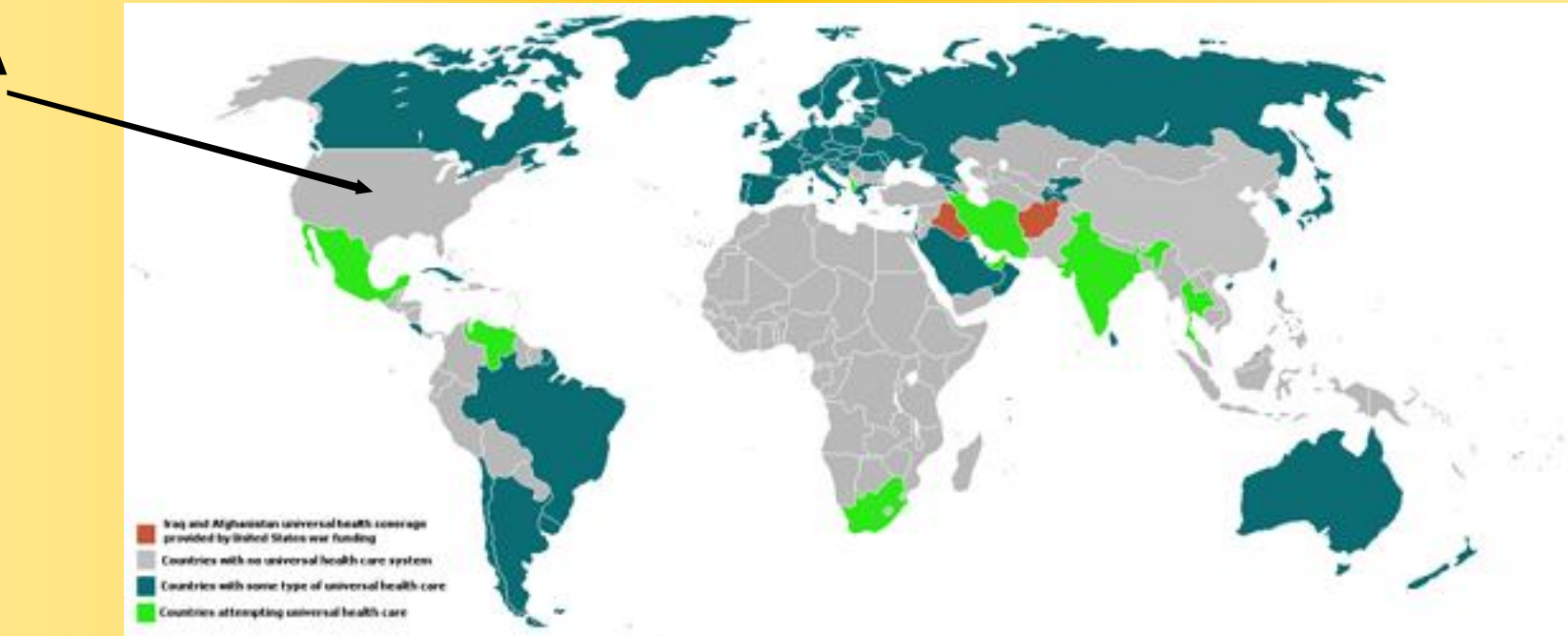
**Gli USA hanno i più alti tassi di obesità al mondo**





# Sfide aperte: Manca la copertura universale

USA

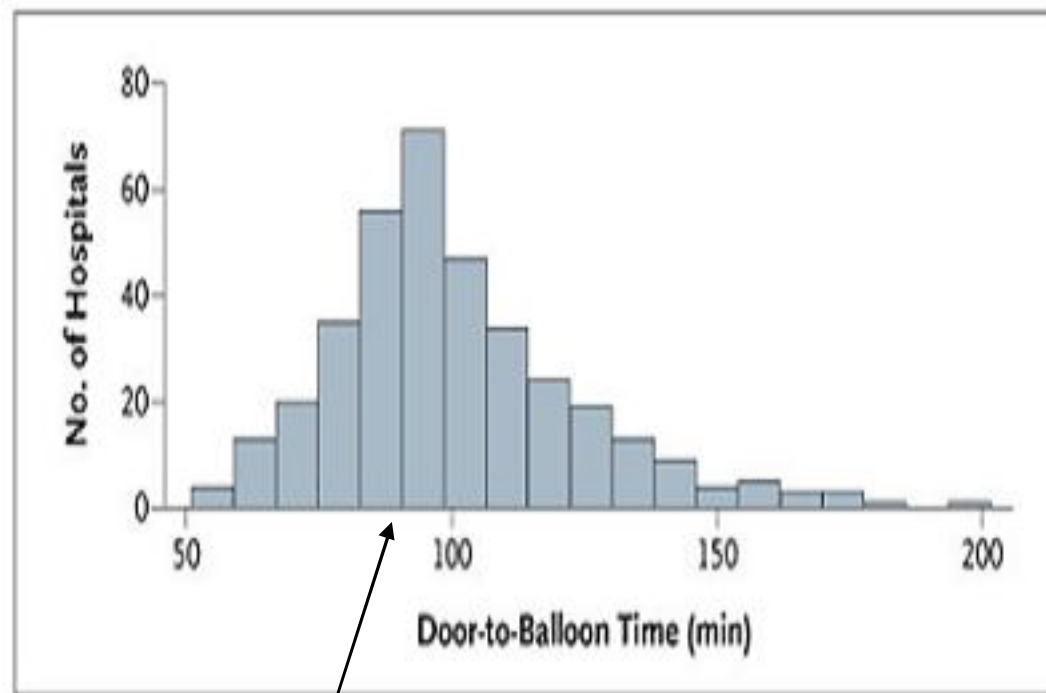


- Paesi in verde scuro: parziale copertura universale
- Paesi in verde chiaro: stanno provando a adottare la copertura universale
- Paesi in grigio: nessun tipo di copertura universale
- Paesi in rosso: copertura statunitense per Iraq e Afghanistan



# Risultati generali bassi 1

- Il processo per un intervento alle coronarie (percutaneous coronary intervention o PCI) deve durare massimo 90 minuti (da quando entra al pronto soccorso a quando finisce l'intervento)
- In un campione casuale di 365 ospedali la media è di 100,4 minuti



90 minuti



# Risultati generali bassi 2

**Solo il 55% dei servizi ambulatoriali svolti da dottori e infermieri era in linea con le raccomandazioni cliniche**

**Table 3.** Adherence to Quality Indicators, Overall and According to Type of Care and Function.

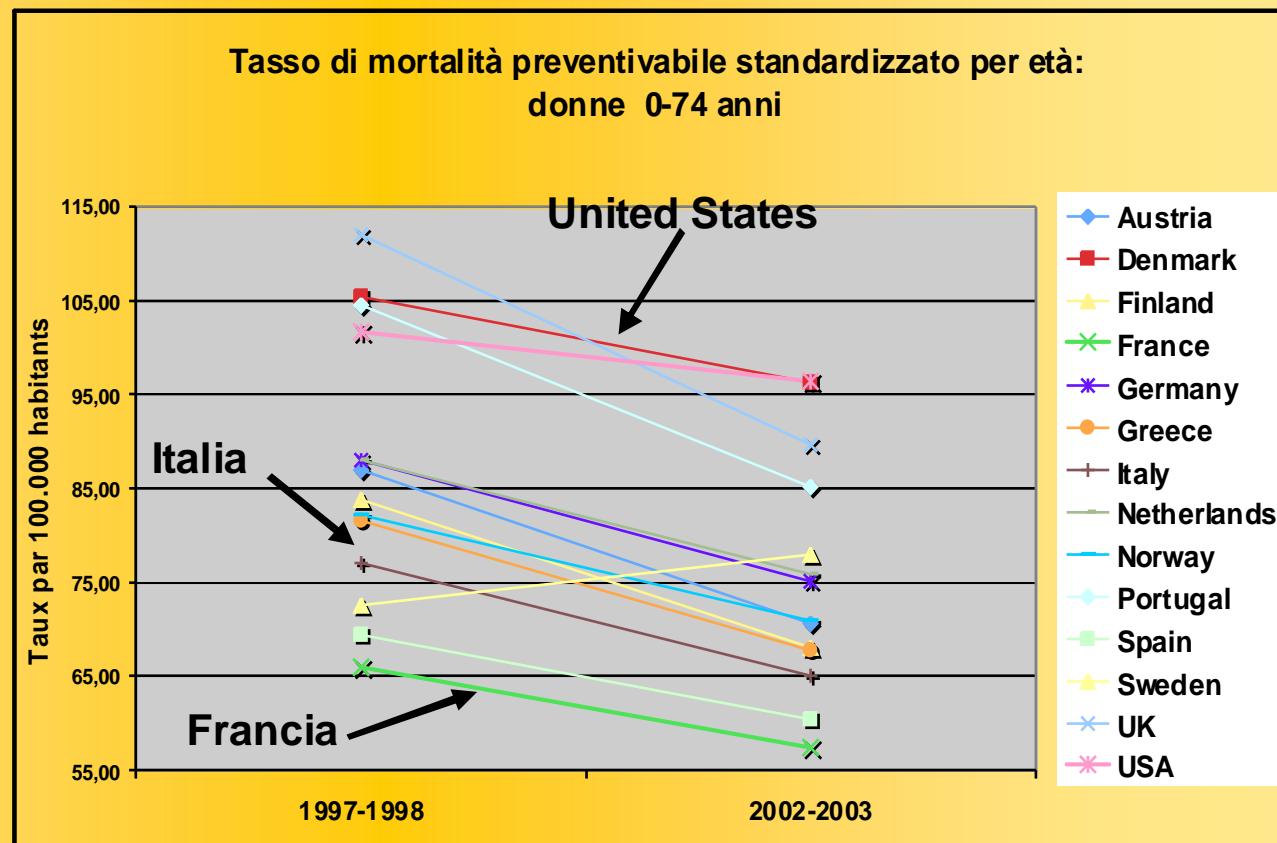
Variable	No. of Indicators	No. of Participants Eligible	Total No. of Times Indicator Was Met	Percentage of Recommended Care Received (95% CI) <sup>a</sup>
Overall care	439	6712	98,649	54.9 (54.3–55.5)
Type of care				
Preventive	38	6711	55,268	54.9 (54.2–55.6)
Acute	153	2318	19,815	53.5 (52.0–55.0)
Chronic	248	3387	23,566	56.1 (55.0–57.3)
Function				
Screening	41	6711	39,486	52.2 (51.3–53.2)
Diagnosis	178	6217	29,679	55.7 (54.5–56.8)
Treatment	173	6707	23,019	57.5 (56.5–58.4)
Follow-up	47	2413	6,465	58.5 (56.6–60.4)

\* CI denotes confidence interval.



# Risultati generali bassi 3

La mortalità evitabile (batteri, alcuni cancri, diabete, alcune malattie cardiache) è alta negli USA e non è migliorata come invece in Europa





# Risultati generali bassi 4

---

**L' Institute of Medicine (IOM) nel suo famoso rapporto del 2000 *To Err is Human* ha stimato che:**

- **Tra le 44.000 e le 98.000 morti preventivabili all'anno**
- **Più morti di quanti ne fanno incidenti d'auto, cancro al seno o AIDS**
- **I colpevoli:**
  - **Errori diagnostici (ritardi, test superati)**
  - **Errori di trattamento (performance, medicinali, ritardi)**
  - **Errori di prevenzione/post-trattamento (monitoring)**
  - **Altri errori (problemi di comunicazione, equipaggiamento)**



# Perchè?

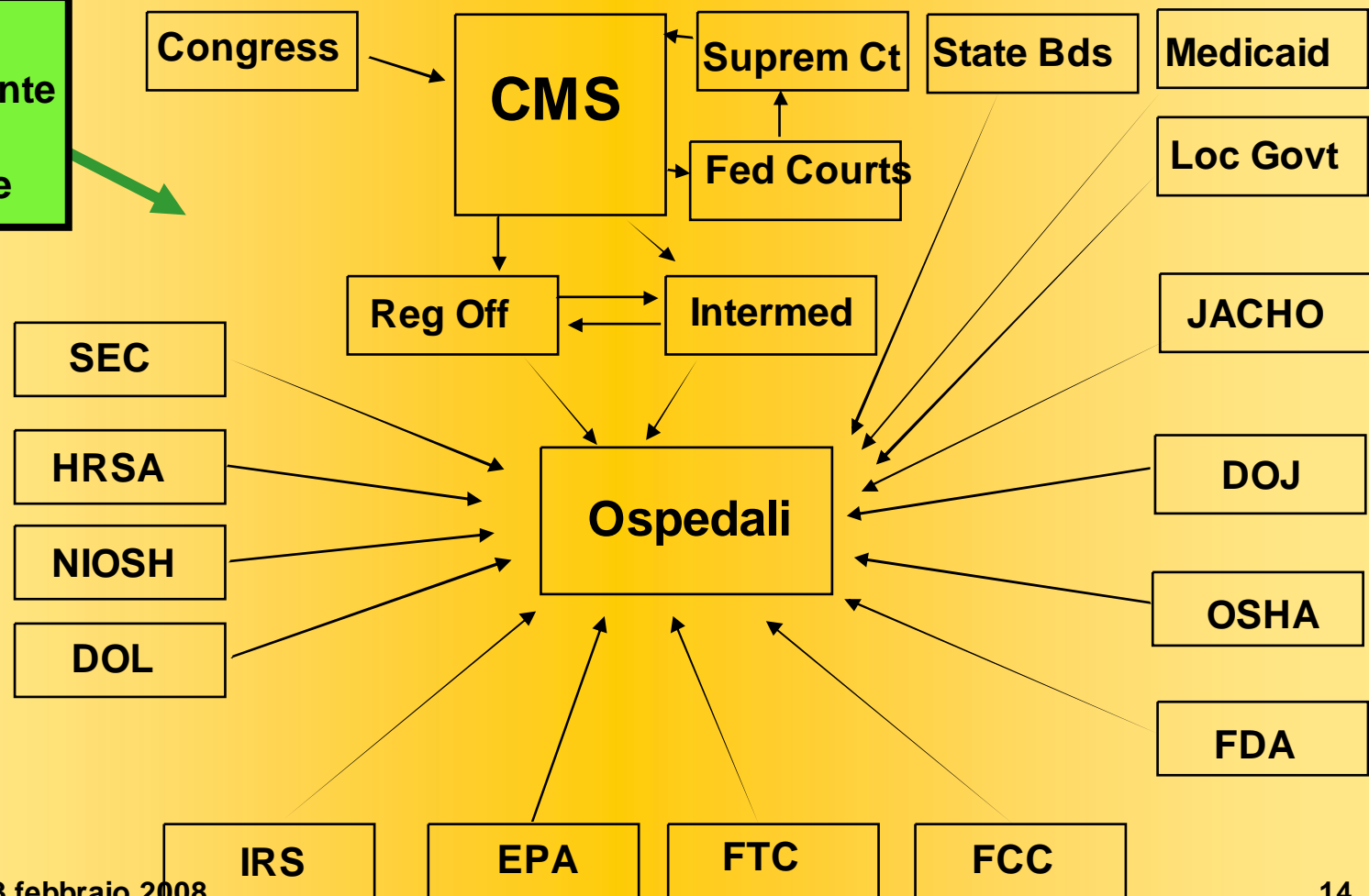
---

- **Le ipotesi di Mick:**
  - **I manager della sanità e i leader degli USA devono operare all'interno di un sistema che contiene in sé grandi contraddizioni che derivano da due forze:**
  - **Un insieme enorme di regole**  
**contro**
  - **Un'enfasi sulla competizione di mercato**
  - **Questo rende molto difficoltoso gestire i nostri ospedali e le altre organizzazioni sanitarie**



# Schema delle regole per gli ospedali negli USA

Un mix sconcertante di autorità regolatorie





# Competizione e Mercati

---

- **Il Dipartimento di Giustizia e la Commissione Federale del Commercio:**
  - **Controllano l'attuazione delle leggi anti-trust per promuovere la competizione tra ospedali e gli uffici medici**
- **Buona parte della legislazione federale dal 1973 si è occupata della "competizione gestita" ("managed competition")**
  - **Sviluppare le forze necessarie per incoraggiare la competizione tra le organizzazioni erogatrici di servizi (ospedali e altre)**
  - **In altre parole, rimuovere le barriere all'effettivo funzionamento dei mercati della sanità**



# Competizione e mercati

---

- **Esempi di legislazione per promuovere il mercato e la competizione economica:**
  - **Health Maintenance Organization Act del 1973**
  - **Il sistema di rimborsi basato sui Diagnosis-Related Group (DRG) per i pagamenti Medicare agli ospedali**
  - **Il sistema di rimborso Resource-based relative value scale (RBRVS) per i pagamenti Medicare ai dottori**



# La Grande Sfida

---

- **Perversamente, noi americani dobbiamo formare i nostri amministratori sanitari e i futuri leader future leaders in maniera più esigente di quanto non faremmo se il sistema sanitario USA fosse più organizzato, razionale e coordinato.**
- **Altrimenti la performance del sistema sarebbe anche peggiore di quello che è.**
- **Quindi: che cosa abbiamo fatto in America per vincere questa sfida?**



# Commission on Accreditation of Healthcare Management Education (CAHME)

---

- **Organizzazione del Nord America (USA and Canada) che controlla i programmi educativi di gestione sanitaria secondo un insieme di criteri considerati essenziali per una formazione di eccellenza**
- **Da quest'anno (2008), tutti i programmi educativi saranno valutati in base a due dimensioni:**
  - **Criteri accademici per i corsi e i programmi**
  - **Competenze**



# **Contenuti accademici: 19 aree essenziali**

---

- 1. Salute Pubblica e valutazione dello stato di salute**
- 2. Formulazione, attuazione e valutazione delle politiche sanitarie**
- 3. Sviluppo delle strutture organizzative**
- 4. Management delle organizzazioni sanitarie**
- 5. Valutazione e miglioramento dei processi**
- 6. Management delle risorse umane**
- 7. Management e valutazione dei sistemi informativi**
- 8. Basi di diritto sanitario: sviluppo, attuazione, valutazione**
- 9. Governance, strutture, ruoli e responsabilità**
- 10. Leadership: sviluppo della vision, gestione del cambiamento, sviluppo del teamwork**



# **Contenuti accademici: 19 aree essenziali**

---

- 11. Capacità di comunicazione: scritta, orale,**
- 12. Analisi statistica e sue applicazioni**
- 13. Analisi economica e sue applicazioni**
- 14. Analisi, ricerca e valutazione dei mercati**
- 15. Analisi e gestione finanziaria**
- 16. Etica di business e come prendere decisioni cliniche**
- 17. Formulazione e attuazione delle strategie**
- 18. Valutazione della qualità e miglioramento della sicurezza dei pazienti**
- 19. Sviluppo di capacità professionali**



# La copertura delle 19 aree è flessibile: Esempi su 4 aree nella VCU

Criteria o Aree di contenuti	1 <sup>st</sup> Semester	2 <sup>nd</sup> Semester	3 <sup>rd</sup> Semester	4 <sup>th</sup> Semester
1. Salute pubblica e valutazione dello stato di salute	602 Health System Design 609 Management Epidemiology	647 Hospital Operations		
2. Formulazione, attuazione e valutazione delle politiche sanitarie	602 Health System Design	624 Health Economics	631 Insurance	
3. Sviluppo delle strutture organizzative	646 Basic Mgmt & Org Behavior			
4. Management delle organizzazioni sanitarie	602 Health System Design 646 Basic Mgmt & Org Behavior	647 Hospital Operations	612 Information Systems & Information Technology	648: Strategy



# Definizione di competenze

---

- **Le conoscenze, capacità e altre caratteristiche essenziali per portare a termine un compito o un lavoro specifico\***
  - Le competenze dovrebbero definire cosa sa e sa fare chi fa il corso.
  - Le competenze dovrebbero descrivere in maniera misurabile conoscenze, capacità e abilità che uno studente diligente saprà dimostrare alla fine del corso.
  - La relazione tra competenze e obiettivi formativi deve essere esplicita e dimostrabile nella mission e obiettivi del corso.

\* CAHME, *Self-Study Handbook for Graduate Programs in Healthcare Management Education*, April 2007, page vii. (available at [www.cahme.org](http://www.cahme.org))



# Competenze: Chi le definisce?

---

- **Non c'è un modello o un approccio obbligatorio per definire e misurare le competenze, la scelta è lasciata ai programmi educativi.**
- **Ci sono 2 approcci popolari disponibili:**
  - **National Center for Healthcare Leadership (NCHL):** enfatizza le capacità da aspettarsi dai manager della sanità a metà carriera ([www.nchl.org](http://www.nchl.org))
  - **Healthcare Leadership Alliance (HLA):** consorzio di organizzazioni professionali, come l'American Hospital Association, l'American College of Healthcare Executives, il Medical Group Management Association, e altre ([www.healthcareleadershipalliance.org](http://www.healthcareleadershipalliance.org))



# Il modello delle competenze VCU

---

- **Sviluppato 10-12 anni fa per aiutare a determinare l'impatto del programma dei corsi sull'acquisizione delle capacità nei nostri 2 master**
- **Più valido del modello HLA specialmente per quanto concerne la gestione ospedaliera:**
  - **Studi basati su docenti, diplomati recenti, e manager ospedalieri che si sono prestati a fare da mentori ai nostri studenti in stage o specializzandi.**
  - **Testato da altri 3 programmi americani di gestione sanitaria con risultati simili a quelli ottenuti dalla faculty, diplomati recenti della VCU e mentori (Trinity University, University of Alabama-Birmingham, and Medical University of South Carolina)**



# Le aree di competenza VCU

---

- **VCU**

---

  1. Leadership
  2. Comunicazione e gestione delle relazioni
  3. Business Skills and Knowledge
  4. Professionalità
  5. Conoscenze di medicina
  6. Apprendimento applicato e integrativo
- **Healthcare Leadership Alliance**

---

  1. Comunicazione e gestione delle relazioni
  2. Leadership
  3. Professionalità
  4. Conoscenza dell'ambiente della sanità
  5. Business knowledge and skills



# Leadership

---

Area	Conoscenze/ capacità
Leadership	Guidare e gestire gli altri
	Pianificare e attuare il cambiamento
	Abilità a svolgere un'onesta autovalutazione



# Communication and Relationship Management

---

<b>Area</b>	<b>Conoscenze/ capacità</b>
Comunicazione e gestione delle relazioni	Comunicazione interpersonale
	Capacità di scrittura
	Parlare ai gruppi
	Capacità di presentazione
	Lavorare in team



# Business Skills and Knowledge 1

Area	Conoscenze/ capacità
Capacità e conoscenze di business	Risolvere problemi e prendere decisioni
	Pianificare e gestire progetti
	Pensiero sistemico
	Gestione finanziaria
	Capacità quantitative
	Gestione dell'IT
	Gestione delle risorse umane



# Business Skills and Knowledge 2

Area	Conoscenze/ capacità
Capacità e conoscenze di business	Principi legali
	Risk management
	Pianificazione strategica
	Marketing
	Miglioramento della qualità e dei risultati
	Analisi economica
	Dinamiche organizzative e governance



# Professionalism

---

<b>Area</b>	<b>Conoscenze/ capacità</b>
Professionalità	Etica manageriale e professionale
	Educazione continua e life-long learning
	Contributi professionali e alla comunità
	Gestione del tempo



# Health Care Knowledge

---

<b>Area</b>	<b>Conoscenze/ capacità</b>
Conoscenze di sanità	Problemi e trend della sanità
	Standard e regole
	Salute pubblica e valutazione dello stato di salute
	Formulazione, attuazione e valutazione delle politiche sanitarie



# Applied and Integrative Learning

---

<b>Area</b>	<b>Conoscenze/ capacità</b>
Apprendimento applicato e integrativo	Pensiero critico e problem solving
	Capacità di sintesi
	Attività di gruppo
	Capo di applicazione/guida alla carriera



# Graduatoria delle 12 competenze più importanti

- Top 12 Competency Areas Based on the Mean Ranks by All Respondents From 4 Health Management Programs (n = 327)

Competency Area	MUSC		Trinity		UAB		VCU	
	Rank	Mean	Rank	Mean	Rank	Mean	Rank	Mean
Interpersonal Communications	1	4.89	1	4.91	1	4.92	1	4.96
Ethics	2	4.86	4	4.76	3	4.79	2	4.86
Teamwork	3	4.70	3	4.81	4	4.76	4	4.81
Problem Solving	4	4.68	6	4.75	5	4.75	4	4.81
Presentation Skills	6	4.64	7	4.67	9	4.65	8	4.65
Project Management	6	4.64	6	4.75	6	4.74	6	4.74
Leading Others	7	4.57	3	4.81	2	4.80	5	4.75
Writing Skills	9	4.55	13	4.51	15	4.57	10	4.61
Time Management	9	4.55	15	4.48	10	4.64	8	4.65
Personal Leadership	11	4.52	12	4.54	8	4.67	17	4.45
Health Care Issues	11	4.52	17	4.40	15	4.57	12	4.58
Planning Change	13	4.50	8	4.66	12	4.61	14	4.52



## Coerenza delle graduatorie nei 4 programmi educativi su gestione sanitaria

---

- **Matrice delle correlazioni per le risposte medie riguardo a 30 competenze valutate da tutti i rispondenti dei 4 programmi educativi di gestione sanitaria (n = 327)**

	MUSC	Trinity	UAB	VCU
MUSC	1.00			
Trinity	0.96	1.00		
UAB	0.96	0.98	1.00	
VCU	0.97	0.96	0.96	1.00



# **Apprendimento esperienziale (Learning by Doing)**

---

- **Quest'area enfatizza l'apprendimento "applicato e integrativo" del Master of Health Administration (MHA) della VCU**
- **Consiste nel lavorare in una organizzazione sanitaria per 12 mesi, non come dipendente "regolare" ma come tirocinante o stagiaire**
- **Questa parte del corso è molto strutturata, monitorata e valutata.**



# Obiettivi del tirocinante

---

- **Pensiero critico, problem solving, competenze manageriali in un ambiente di lavoro vero.**
- **Esperienze integrative che portano gli studenti a applicare, sperimentare e sintetizzare la conoscenza e le capacità imparate nel corso del programma di studio.**
- **Coinvolgimento in lavoro di gruppo.**
- **Relazioni di lavoro con manager e attività manageriali sul campo.**



# Controlli

---

- **Formazione del mentore**
- **Site visits del coordinatore dei tirocinanti e del direttore del master**
- **Partecipazione su Resinet (piattaforma internet per tirocinanti o residents)**
- **Studio del Management**
- **Auto-valutazione degli studenti**
- **Valutazione dei mentori**



# Filosofia

---



**Paragoniamo le parti di didattica e di esperienza dell'apprendimento a una sedia con un posto a sedere intrecciato:**

**-La trama orizzontale è formata dai legamenti da destra a sinistra**

**-La trama verticale è formata dai legamenti da dietro a avanti**

**Da sole non possono sostenere il peso di una persona; insieme, possono sostenere un peso molte volte più pesante della sedia stessa.**

**La trama orizzontale è la didattica**

**La trama verticale è l'apprendimento esperienziale**



# Conclusioni

---

- **Grande è la preoccupazione circa il futuro dell'educazione manageriale in sanità negli USA**
- **Molta della speranza risiede nell'acquisizione di competenze**
  - **Ancora presto per dire se questo approccio funziona per tutti**
  - **Dopo aver raccolto dati sulle capacità manageriali pratiche per più di un decennio noi della VCU sappiamo che i datori di lavoro considerano le competenze manageriali molto importanti**
- **Più si riconoscerà ai nostri diplomati (dei master) di possedere queste competenze, meglio saranno considerati nel mercato del lavoro.**
- **Possiamo solo sperare che verrà un giorno in cui queste capacità e competenze avranno un migliore impatto di quello che hanno sul presente sistema sanitario statunitense.**