



Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Come prendiamo le decisioni: una sfida per la leadership!

Carlo Favaretti

Segretario, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina

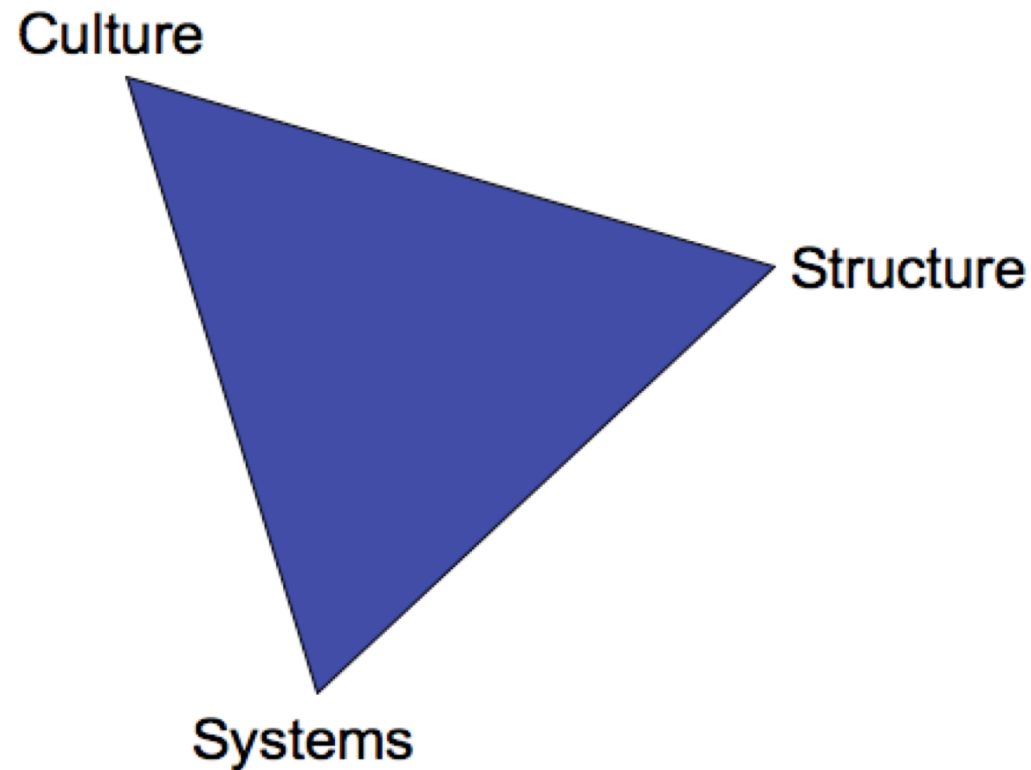
Università Cattolica del Sacro Cuore

Coordinatore, GdL Leadership in Sanità Pubblica SItI



IL CONTESTO IN CUI OPERIAMO MODELLI DI ORGANIZZAZIONE

(da Muir Gray: The Healthcare Culture Club)



Sfida per la Società, il SSN e i Professionisti

DECIDERE

e

DECIDERE BENE

Creare una nuova cultura

(da Muir Gray: The Healthcare Culture Club)

1. Linguaggio
2. Concetti
3. Ancoraggio alle prove di efficacia

Scegliere e decidere

Scegliere: etim. *ex-eligere*. Prendere in un complesso di cose, selezionando tutti gli elementi che rispondano a certi requisiti

Decidere: etim. *de-caedere*. Definire, giudicare in modo definitivo nei riguardi di una questione

(D'Anna: Dizionario italiano ragionato)

Scegliere: distinguere e determinare tra più opzioni quella che sia o ci sembri più adatta allo scopo o più conveniente alle circostanze

Decidere: risolvere, definire pronunciando un giudizio; tagliare

(Vocabolario Treccani)

Decidere

- **Decidere implica di andare oltre gli argomenti razionali.**
- **Decidere (tagliare) implica per definizione il rischio di fallire.**
- **Decidere è un'arte più che una scienza (Aristotele): ciò non significa che sia irrazionale perché può fondarsi sulla conoscenza, ma senza ridursi ad essa**

LIVELLI DECISIONALI

Macro →

Istituzionale

Meso →

Manageriale

Micro →

Clinico-assistenziale

Decisione difficile

La sua attuazione richiede un cambio di paradigma culturale.

Siamo abituati a prendere decisioni sulla base della classica **teoria dell'utilità attesa** (van Neumann e Morgenstern) e non della **teoria del prospetto** (Kahneman e Tversky).

Expected Utility Theory

Von Neuman e Morgenstern

Stabilire le condizioni ideali “normative” per giungere a decisioni “razionali”

Prospect Theory

Kahneman e Tversky

Fornire la descrizione di come gli individui effettivamente si comportano di fronte a una decisione

Expected Utility Theory

Von Neuman e Morgenstern

La teoria dell'utilità attesa si basa sull'ipotesi che **l'utilità di un agente** in condizioni di **incertezza** possa essere calcolata come una **media ponderata** delle utilità in ogni stato possibile, utilizzando come pesi le probabilità del verificarsi dei singoli stati come stimate dall'agente

Prospect Theory

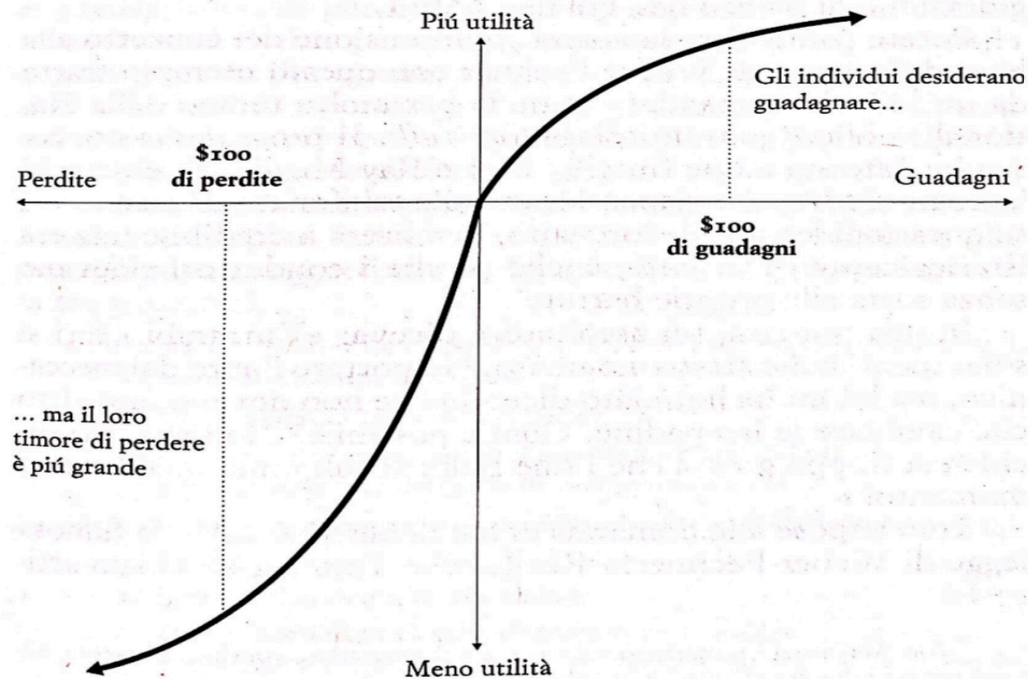
Kahneman e Tversky

La teoria parte dalla verifica empirica che le **scelte** e le **decisioni** degli essere umani **violano sistematicamente i principi della razionalità economica.**

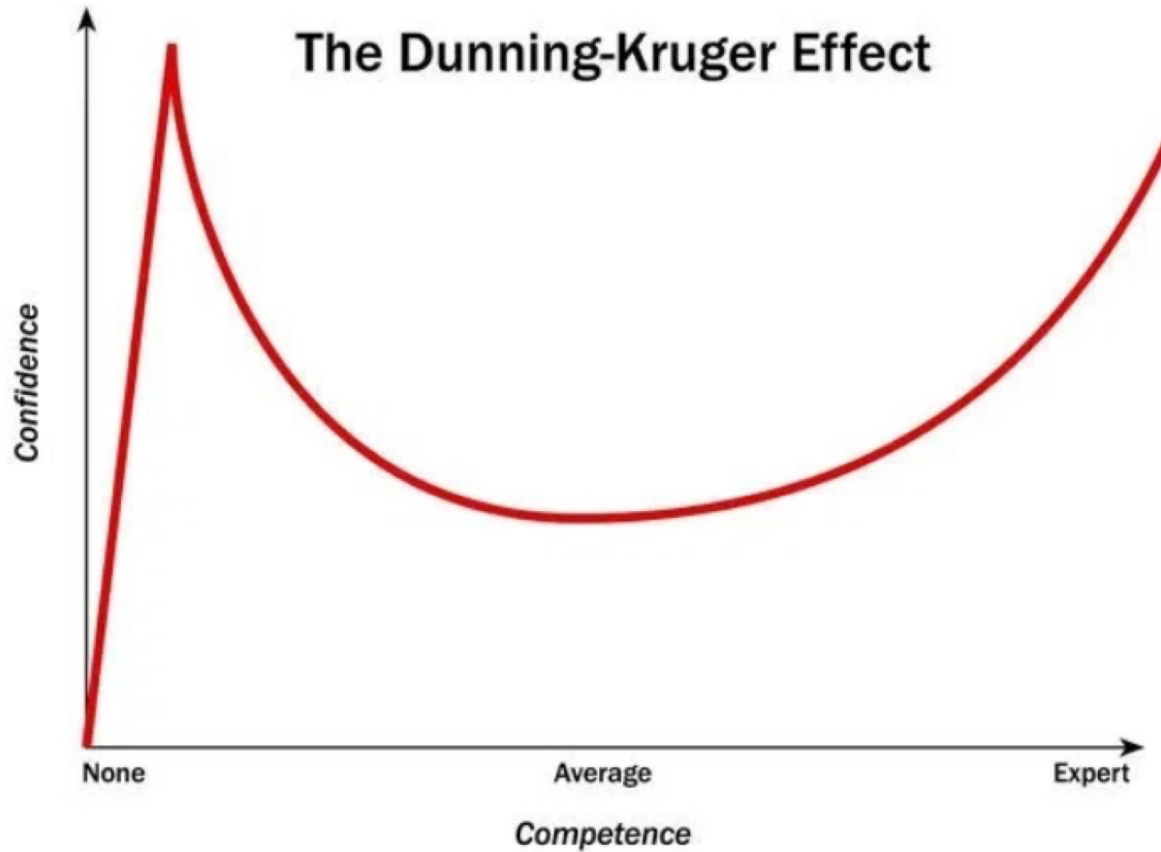
Tre fenomeni psicologici orientano le decisioni:

- l'**effetto contesto (frame)**: come l'individuo percepisce lo *status quo* e valuta i possibili esiti delle decisioni
- l'**avversione alle perdite**: la motivazione a evitare una perdita supera la motivazione a realizzare un guadagno
- l'**effetto isolamento**: l'individuo propende a isolare le probabilità consecutive, invece di trattarle insieme, con il risultato di produrre preferenze incoerenti.

Figura 3.
La funzione del valore.



R.H Thaler: Misbehaving, la nascita dell'economia comportamentale, Einaudi, 2018



A person's confidence in a given subject does not necessarily reflect his or her competence.

Learning from Prospect Theory

Stakeholders

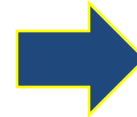


Payers and Regulators
(with industry, via HTA)



Inputs

- Safety
- Efficacy
- Effectiveness
- Value



Results

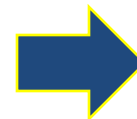
Investment



Payers, regulators, industry, clinicians, HTA, professional societies, patients, safety & quality bodies, employers, academics, media



- Safety
- Efficacy
- Effectiveness
- Value and values
- Resistance
- Politics
- Sunk costs
- Disruption
- Loss aversion
- Innovation head room
- Uncertainty and a higher burden of evidence



Disinvestment

**opinion-based
decision making**

**evidence-based
decision making**

pressure

JA Muir Gray 1997

Basis of clinical practice

Basis for clinical decisions	Marker	Measuring device	Unit of measurement
Evidence	Randomised controlled trial	Meta-analysis	Odds ratio
Eminence	Radiance of white hair	Luminometer	Optical density
Vehemence	Level of stridency	Audiometer	Decibels
Eloquence (or elegance)	Smoothness of tongue or nap of suit	Teflometer	Adhesin score
Providence	Level of religious fervour	Sextant to measure angle of genuflection	International units of piety
Diffidence	Level of gloom	Nihilometer	Sighs
Nervousness	Litigation phobia level	Every conceivable test	Bank balance
Confidence*	Bravado	Sweat test	No sweat

*Applies only to surgeons.

D. Isaacs, D. Fitzgerald: Seven alternatives to evidence based medicine, BMJ 1999;319:1618

<https://www.bmj.com/content/bmj/319/7225/1618.full.pdf>

da Norman Daniels

**Daniels N and van der Wilt G: Health
technology assessment, deliberative process
and ethically contested issues**

**Int J Technol Assess Health Care, 2016, 32, 1/2,
10-15**

Che cosa vogliono sapere i decisori

- **Che cos'altro si potrebbe fare? (costo-opportunità)**
- **Affidabilità (differenza tra costo efficacia e risparmio di costi)**
- **Chi vince e chi perde e che potere ha**
- **Impatto sull'equità**
- **Dovremmo fare ciò che la nuova tecnologia ci permetterebbe di fare?**

Accountability per la ragionevolezza (A4R)

Pubblicità (compresa la trasparenza delle ragioni)

- Ragioni rilevanti (così come definite dagli appropriati stakeholder)**
- Possibilità di revisione della decisione (sulla base di nuove prove, argomentazioni, appelli)**
- Esecutività (garanzia che si darà corso alla decisione)**

A4R (osservazioni 1)

- **Senso del ragionevole**
- **Fondato sulle ragioni**
- **Ragioni finalizzate a trovare un consenso**
- **Ragioni estranee a visioni morali o religiose totalizzanti, ma derivanti da una cultura democratica condivisa**

A4R (osservazioni 2)

- **Requisiti fortemente pubblici rispetto alle ragioni di mercato, senza perdersi in dibattito sulle basi implicite o esplicite**
- **Ragioni rilevanti: consenso su ciò che è rilevante, permettendo a chi perde di esprimere “pesi”, in modo da evitare che si dica che la decisione si è basata su ragioni sbagliate o irrilevanti**
- **Processo ben condotto e soggetto a possibile revisione**

A4R (osservazioni 3)

- **Processo a vari livelli, con adattamento ad ogni livello**
- **Condizione necessaria, ma non sufficiente, assicurare legittimazione e equità**
- **Spazio per adattamento alla cultura politica, realizzabile con grado diverso (più o meno trasparenza, possibilità di revisione, ecc.)**

A4R (rendimento)

- Presunzione di procedura simile per casi simili
 - Impegno all'uso coerente delle ragioni
 - “Somiglianza” in riferimento alle ragioni e principi
 - Confutazione
 - Dimostrare rilevanti differenze dei casi
 - Dimostrare il razionale del principio di revisione
- Registrazione pubblica dell'impegno e dei comportamenti rispetto all'impegno
- Simile a ciò che avviene in tribunale
- Risolvere le divergenze morali con deliberazioni non solo con voto

Perché discutere di leadership & decisioni per il cambiamento nel 2022?

- **Dopo 30 anni dal D.Lgs. 502/1992**
- **Dopo Corsi manageriali di ogni tipo**
- **Dopo l'enfasi sulla clinical governance**
- **Dopo il Decreto Balduzzi**
- **Dopo le lauree per le professioni sanitarie**
- **Dopo la Riforma del Titolo V° della Costituzione**
- **Ecc.**

Problemi aperti

- **LEA assistenza sanitaria primaria (diversa dalle cure primarie)**
- **LEA prevenzione**
- **Integrazione livelli assistenza**
- **Struttura del SSN e SSR**
- **Riforme educative dei professionisti**
- **Ecc.**

2010

The Lancet Commissions



THE LANCET

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world



Julio Frenk, Lincoln Chen*, Zulfiqar A Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Barry Kistnasamy, Afaf Meleis, David Naylor, Ariel Pablos-Mendez, Srinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepulveda, David Serwadda, Huda Zurayk*

PROFESSIONISTI SANITARI PER UN NUOVO SECOLO

Problemi sistemici

- **Frattura tra competenze e bisogni**
- **Insufficiente lavoro di squadra**
- **Problemi nella stratificazione di genere**
- **Focalizzazione tecnica senza visione sistemica**
- **Prestazioni senza continuità assistenziale**
- **Predominanza dell'ospedale sull'assistenza primaria**
- **Sbilanciamento del mercato del lavoro**
- **Leadership debole**

MACRO OBIETTIVO (DECISIONE)

Mitigare le variazioni ingiustificate dell'assistenza sanitaria

La variazione ingiustificata (o variazione geografica) nell'erogazione dei servizi sanitari si riferisce a differenze che non possono essere spiegate da preferenze personali, malattie, esigenze mediche o dai dettami della medicina basata sulle prove di efficacia.

John Wennberg

La classifica dei livelli essenziali di assistenza

LA CLASSIFICA DELLE REGIONI

Valutazione definitiva (2019) delle Regioni nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Risultano valutate positivamente le Regioni che ottengono un punteggio uguale o superiore a 160 (livello minimo accettabile)



REGIONI CHE GARANTISCONO I LEA

Risultati della sperimentazione con il Nuovo sistema di garanzia. Una Regione è adempiente se il punteggio di ciascuna area di assistenza è compreso tra 60-100. Punteggi inferiori a 60, anche in una sola area, daranno un esito negativo nella valutazione

AREA ► PREVENZIONE DISTRETTUALE OSPEDALIERA

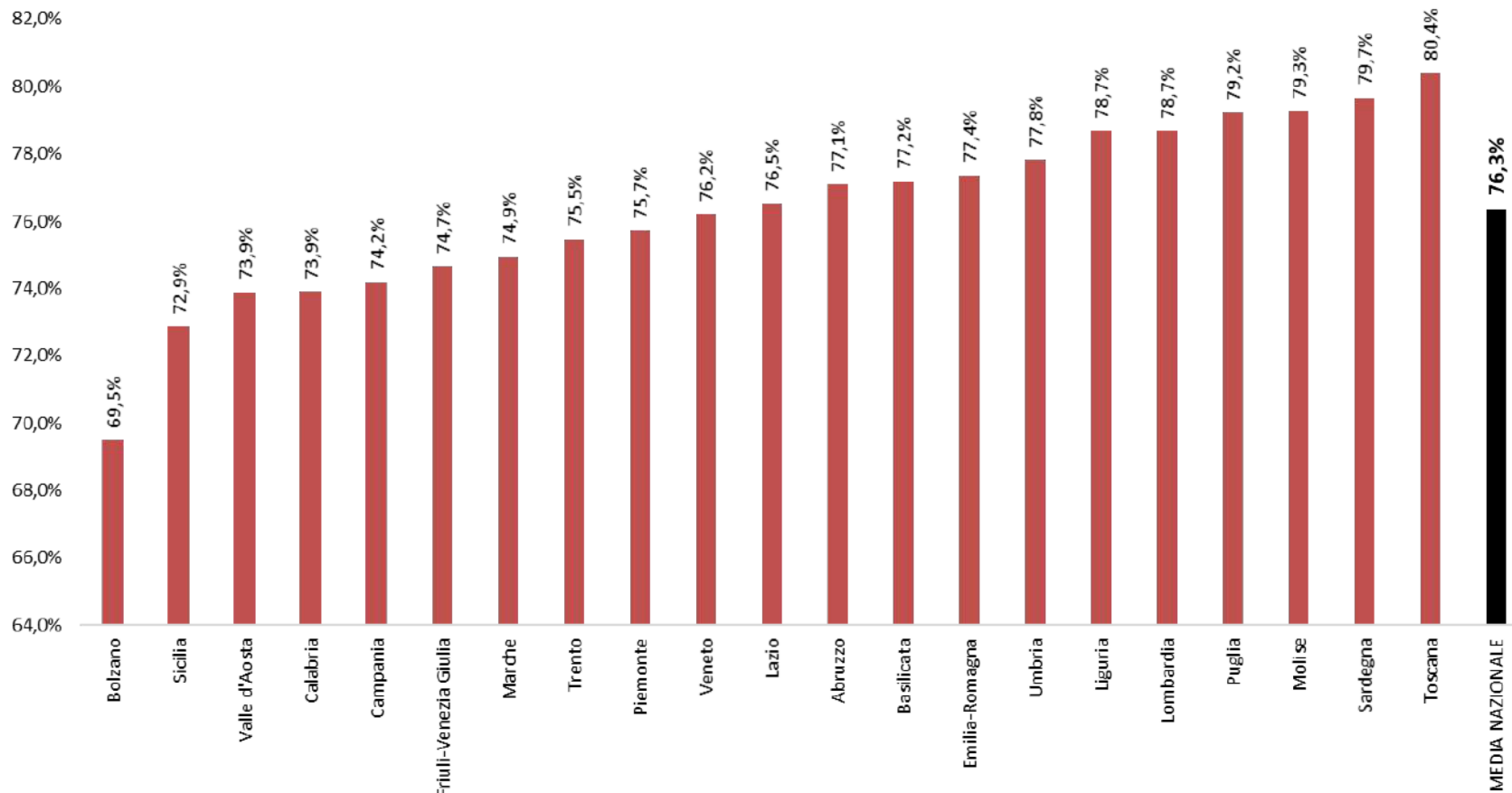
Piemonte	91,72	88,33	85,78
Lombardia	91,95	89,98	86,01
P.A. Trento	78,63	75,06	96,98
Veneto	94,13	97,64	86,66
Friuli V.G.	80,39	78,35	80,62
Liguria	82,09	85,48	75,99
Emilia R.	94,41	94,51	94,66
Toscana	90,67	88,50	91,39
Umbria	95,65	69,29	87,97
Marche	89,45	85,58	82,79
Lazio	86,23	73,51	72,44
Abruzzo	82,39	79,04	73,84
Campania	78,88	63,04	60,40
Puglia	81,59	76,53	72,22
Sardegna	78,30	61,70	66,21

REGIONI CHE NON GARANTISCONO I LEA

Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59
P.A. Bolzano	53,78	50,89	72,79
Molise	76,25	67,91	48,73
Basilicata	76,93	50,23	77,52
Calabria	59,90	55,50	47,43
Sicilia	58,18	75,20	70,47

* Regioni non sottoposte alla Verifica adempimenti - Fonte : ministero della Salute; Salutequità su dati Ministero della Salute - Dati 2019

Indicatore 4.2. Immunizzati (2 dosi)/Popolazione Generale



Commento

L'indicatore mostra la percentuale su base regionale di individui sopra i 5 anni di età che hanno ultimato il ciclo vaccinale. Dal grafico si evince che la regione caratterizzata dalla copertura più alta sia la Toscana (80,4%) mentre la P.A. di Bolzano si configura come la regione con la percentuale di individui che hanno completato il ciclo vaccinale più bassa (69,5%). In Italia il 76,3% della popolazione risulta totalmente immunizzata.

(*) ultima rilevazione dati 15 febbraio 2022



Without evidence-based (or evidence-informed, ndr), rational public policy cancer care becomes like top models: “lovely to look at, very expensive, affordable to only a few and of no real value to society as a whole.

Richard Sullivan, NCRI, 2015

Leadership

Visione: dove andare? (macro obiettivo? ndr)

Esecuzione: come fare?

Motivazione: con chi?

(Luciano Floridi)

Leadership

(esecuzione: come fare)

**La leadership è contemporaneamente
poesia e lavoro da idraulici**

(James March, 2004)

**Leadership (cambiare la cultura) e management
(cambiare l'organizzazione) sono complementari**

Leadership e management

Vorreste essere gestiti (managed) da chi non sa guidare (lead)?

o

Vorreste essere guidati (lead) da chi non sa gestire (manage)?

(Mintzberg, 2013)

Che cos'è la *governance* del cambiamento?

La *governance* si riferisce a **come** i governi e le altre organizzazioni sociali **interagiscono**, **come** si **relazionano** con i cittadini e **come** prendono decisioni in un mondo complesso.

(Graham et Al., 2013)

Sistemi Adattativi Complessi

Un insieme di agenti individuali,
che hanno **la libertà di agire** in modi non
sempre totalmente prevedibili
e le cui **azioni sono tra loro**
interconnesse così che le azioni di un
agente cambiano il contesto per gli altri
agenti

Paul E. Plsek 2001

Understanding Health Care as a Complex System

The Foundation for Unintended Consequences

- Non linearità
- Autorganizzazione e comportamenti emergenti
- **Regole semplici che governano i sistemi**

Lewis A. Lipsitz, MD

Principi per navigare la complessità

1. **Auto-organizzazione (emersione dell'intelligenza distribuita)**
2. **Disorganizzazione creativa (elogio della discontinuità all'orlo del caos)**
3. **Condivisione (elogio della continuità per il miglioramento continuo e l'eccellenza)**
4. **Flessibilità strategica (dare risposte forti ai segnali deboli)**
5. **Organizzazione a rete ((dalla cultura del possesso a quella del presidio)**
6. **Circoli virtuosi (lo sviluppo è un valore non solo un obiettivo)**
7. **Organizzazione che apprende (non solo la conoscenza razionale ma anche quella implicita che deve potersi esprimere)**

De Toni e Comello: Viaggio nella complessità, Marsilio, 2017

PARTI INTERESSATE

(portatori di interessi, stakeholder)

Persone o gruppi di persone
che hanno un interesse
nelle prestazioni o nel successo
di un'organizzazione.



Da: UNI EN ISO 9000:2000 - Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e terminologia

CLIENTI
OPERATORI
FINANZIATORI
PARTNER E FORNITORI
SOCIETÀ



hanno

valori
esigenze
aspettative
e percezioni

DIVERSI TRA LORO,
espliciti e impliciti

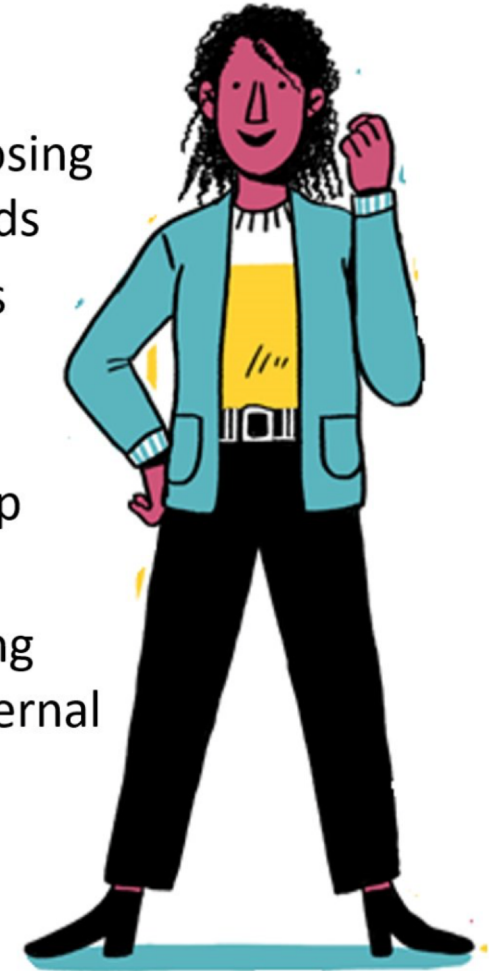
Smart Governance

La combinazione del *hard power* della gerarchia e del *soft power* dell'influenza, della persuasione e dell'attrazione.

Richiede leader e professionisti con nuove conoscenze, abilità e atteggiamenti.

The role of the change leader of the future

1. **Convening:** creating spaces where people want to come together to learn and share
2. **Combining:** ensuring sufficient diversity without losing focus and creating bridges between different worlds
3. **Capability-building:** championing change methods and processes and helping people translate their ideas into practical actions that add value
4. **Coaching:** providing support and mentoring to help guide and steer change leaders and ideas
5. **Co-ordinating** and **connecting:** enabling networking and links inside the community and beyond to external partners
6. **Community-building:** creating a supportive peer group and a context which enables co-operation and sharing



Source: adapted from John Bessant

Evitiamo le tre A

- **Arroganza**
- **Autoreferenzialità**
- **Ansia da prestazione**

PNRR

Occasione da non sprecare

Non solo per gli investimenti strutturali e tecnologici, ma anche per quelli intangibili dell'organizzazione e della formazione



**PRIMA STUDI,
POI FAI,
POI PARLI**

Appunti di leadership

Corso di Perfezionamento

Leadership in Medicina



ALTEMS
ALTA SCUOLA DI ECONOMIA
E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI

<https://altems.unicatt.it/altems-tutti-i-corsi-di-alta-formazione-leadership-in-medicina>

Vietato dire ...



Carlo Favaretti

- Email: carlo.favaretti@unicatt.it
- Twitter: [@carlofavaretti](https://twitter.com/carlofavaretti)