

Leadership in sanità pubblica: la professionalità²“attesa” per il medico con funzioni direttive.

Selle V.* Mariotto A.° Favaretti C.^

- * Dirigenza Medica - Ospedale Civile di Venezia
- ° Dirigenza Medica - Ospedale Geriatrico di Padova
- ^ Direzione Generale - ULSS di Adria

“Quando sarete a metà della vostra carriera, la vostra esperienza sarà stata acquisita in un mondo che non esisterà più”

(I. Miller)

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni in campo sociologico, economico-aziendale e manageriale sono stati condotti numerosi studi con l'obiettivo di enucleare e descrivere caratteristiche e profilo delle figure leader (guida) di aziende, enti pubblici e privati. Questa diffusa attenzione è spiegata dal fatto che si tratta di professionalità nuove o quanto meno in trasformazione, conseguente al continuo mutare delle condizioni dell'ambiente in cui operano. Ne è così scaturita una ricca (epopea) produzione letteraria che non ha ignorato pressochè nessun settore, ivi compreso quello sanitario.

Pertanto il presente contributo non ha la pretesa di porsi come un riferimento esaustivo per quel che riguarda lo specifico campo della Sanità Pubblica. L'obiettivo è invece quello di stimolare il dibattito intorno all'oggetto sfrondandolo dalle valutazioni e considerazioni sorte a seguito dell'emanazione dei Dlgs. 502/517 e delle successive definizioni dei profili del Direttore Sanitario (DS) e del Dirigente Medico (DM) (1)(2)(3). Si vorrebbe in sostanza mettere in evidenza quanto di comune ai due ruoli, è richiesto oggi dal “mercato” in termini di professionalità. Di seguito sono sintetizzati i tratti comuni alle due figure:

1. ad entrambi i ruoli accedono, di fatto, gli stessi professionisti;
2. è fondamentale, per entrambi i ruoli, essere in grado di lavorare sinergicamente in quanto è ormai consolidato che all'interno delle organizzazioni aziendali si opera per team direzionali e non come singoli dirigenti autoreferenti;
3. le caratteristiche comuni ai due ruoli sono quelle sempre più richieste dai Direttori Generali (DG) e sempre meno bagaglio acquisito dei DS/DM attraverso il consueto curriculum formativo;

Per inquadrare l'argomento in maniera più completa val la pena di recuperare sinteticamente i risultati di un workshop tenutosi nel 1987, a circa dieci anni dall'emanazione della L. 833/78, in cui un gruppo di direttori sanitari veneti si era interrogato sul ruolo dell'ospedale e del suo responsabile (4). In quell'occasione il lavoro del gruppo si concretizzò nella definizione delle funzioni, attività e compiti del responsabile del presidio ospedaliero (tab.1).

Tab. 1 - Funzioni del responsabile del Presidio Ospedaliero

-
1. direzionale attiva
 2. di vigilanza e controllo
 3. propositiva e promozionale
 4. consultiva
 5. di coordinamento
 6. di verifica
 7. programmatoria

Al termine del processo di elaborazione e definizione dei contenuti del ruolo, la riflessione si spostò sul profilo manageriale del suddetto responsabile. Come manager si intendeva un professionista in grado di procedere simultaneamente ad un uso efficace, utile ed efficiente delle risorse, alla motivazione del personale, all'esercizio di un deciso ruolo guida, al governo di un'organizzazione tesa al raggiungimento di precisi obiettivi (4).

I ruoli manageriali che delineano la figura del direttore sanitario responsabile del presidio ospedaliero risultarono i seguenti:

- organizzatore
- decisore
- pianificatore
- tattico
- creatore di idee

Soprattutto nell'ultima attribuzione andava profilandosi una nuova attitudine di questa figura professionale: la capacità cioè di individuare strategie ed obiettivi. Emergeva, pertanto, una figura molto attenta alle attività orientate alla soluzione di problemi, ma anche consapevole del proprio ruolo in quelle relative alla fissazione degli obiettivi, in un ambiente esterno difficile, mutevole e turbolento (5).

A partire dal 1992, anno di emanazione del Dlgs. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, all'interno delle direzioni mediche di ospedale e delle direzioni sanitarie delle aziende ULSS/Ospedale si è sviluppato un intenso dibattito relativo alle funzioni dei due ruoli. Va detto che fino ad oggi la maggior parte degli interventi ha avuto per lo più come obiettivo la definizione di ambiti e confini delle due direzioni in ordine agli aspetti sindacali, professionali, aziendali, igienistici e normativi (1)(2)(3), piuttosto che l'identificazione dei tratti professionali salienti e comuni a tutti i medici con funzioni direttive.

Per meglio comprendere il profilo che, a nostro avviso, dovrebbe caratterizzare entrambe le figure è necessario ripartire dal Dlgs 502 e da un riesame del ruolo e dell'ambiente in cui operano i DG.

In sostanza la legge di riordino ha evidenziato nell'aziendalizzazione (management) il vero momento forte e di novità della riforma. L'articolazione del Servizio Sanitario Nazionale in Aziende Sanitarie costituisce lo strumento per tentare di raggiungere un equilibrio tra la riduzione delle risorse a disposizione per la sanità ed il mantenimento di determinati livelli assistenziali. Il processo di aziendalizzazione, introducendo alcuni meccanismi cosiddetti di mercato, ha l'obiettivo dichiarato di aumentare l'efficienza produttiva del sistema. Ampia enfasi è stata infatti data agli aspetti economico-finanziari, ai meccanismi di controllo (basti pensare all'introduzione del metodo di gestione del budget), alla trasformazione da gestione pat./ finanziaria ect.

In realtà in molti altri paesi questa fase è già stata superata perchè ritenuta riduttiva o quanto meno solo preliminare.

Infatti la teoria aziendale afferma che un'azienda è, in generale, un'organizzazione economica finalizzata al raggiungimento di determinati obiettivi. Da questa definizione emerge chiaramente la necessità che l'azienda sanitaria sviluppi una propria visione strategica in termini di obiettivi di salute da raggiungere e non solo, come oggi accade, di obiettivi di organizzazione.

Perciò, se l'obiettivo strategico aziendale è la salute, e la salute non è solo assenza di malattia, ma benessere fisico, mentale e sociale, dovrà essere chiaro a tutti che solo una parte dei problemi di salute sono affrontabili dal sistema sanitario. Una vera impostazione aziendale potrebbe forse aiutarci ad affrontare il problema delle risorse, in generale, e della loro allocazione, in particolare, affrontando i problemi non solo e non tanto in termini di spesa per i servizi sanitari, ma in termini di investimenti per la salute, considerando almeno i seguenti cinque principi:

- migliorare la salute è un investimento per l'intera società;
- è necessario agire sui determinanti della salute;
- è indispensabile un riorientamento dei servizi sanitari (e non solo un riordino);
- l'impatto degli investimenti, almeno dei nuovi, deve essere misurato in termini di "guadagno di salute" (health gain);
- si deve tendere a ridurre le disuguaglianze con investimenti compatibili con i diritti umani.

A fronte di quanto sopra l'evidenza quotidiana ci è di aiuto per comprendere la distanza che ancor'oggi separa la teoria dalla pratica. Nel continuo e frammentario rimpallo politico (popolazione, Comuni, Regioni, Stato) determinato dall'implementazione della riforma sanitaria, dalle contingenti ristrettezze economiche, dal mutato quadro epidemiologico, dall'evoluzione continua della tecnologia si evidenzia in maniera eclatante il difficile contesto in cui si trovano ad operare i DG delle aziende sanitarie.

Va aggiunto che spesso questo ruolo è ricoperto da persone delle più diverse estrazioni che, nella maggior parte dei casi, mancano di una preparazione specifica in termini di sanità pubblica. Queste figure hanno inoltre pressanti problemi quali: il consenso di sindaci, popolazione, comitati vari, il risultato in termini di contenimento della spesa, le pressioni di lobbies diverse, la possibilità di riconferma nell'incarico, l'incertezza dei sistemi di valutazione del loro operato.

Risulta fin troppo evidente come gli equilibri e gli assetti siano mutati rispetto a qualche tempo fa. Di conseguenza, diversa dovrà essere la professionalità richiesta a coloro che ricoprono ruoli tecnici di

supporto alle decisioni del DG come sono il DS e il 2DM. Si impone perciò più che un cambiamento un'ulteriore evoluzione del profilo del medico con funzioni di direzione/dirigenza nel verso del "creatore di idee". In realtà si tratta di un nuovo "passaggio professionale" poiché di fatto un primo è già in atto: ovvero la trasformazione da un'impostazione di tipo burocratico ad una tecnocratica (6).

Storicamente il direttore sanitario ha sempre avuto nel proprio bagaglio formativo-esperienziale una fortissima componente di tipo burocratico che aveva come punti di riferimento e obiettivi l'efficienza, la precisione, la giustizia amministrativa e che, attraverso procedure e certezze, tutelava stabilità, continuità, certezza del diritto, conservazione dei valori. La leadership del DS era sostanzialmente sancita dallo statuto ovvero dalla posizione gerarchica (6). Con il passare del tempo la figura del burocrate è andata crescendo su se stessa, autogiustificandosi, dimenticando nella sua azione il beneficiario, facendo prevalere la forma sulla sostanza, deresponsabilizzandosi. Ecco che, a valle di questa crisi di ruolo e sotto la spinta delle nuove richieste di professionalità, è andato affermandosi il DS tecnocrate che fonda la propria leadership sul saper fare/ saper essere, sul know how (competenza distintiva) che ricerca l'efficienza ma che procede per ipotesi, disamine, verifiche.

Il tecnocrate rappresenta quindi un livello evolutivo rilevante ma estremamente tecnico, scientifico e perciò con la tendenza ad essere spesso un po' "stretto" e monocorde nelle risposte/proposte rispetto a quanto viene oggi richiesto. Infatti, come descritto precedentemente, sempre più spesso il DG si trova a dover operare scelte strette tra molti fuochi e la capacità-professionalità richiesta non è più solo quella di dare un asettico responso tecnico o di mettere in campo tutta l'abilità di navigato burocrate in grado di temporeggiare, spostare o saltare il problema.

Oggi viene richiesto, di fronte a quesiti complessi, di saper indicare/aprire strade nuove, di saper proporre soluzioni anche imprevedibili, di rendere facili e percorribili le soluzioni tecniche: in sostanza si richiede capacità di ideare strategie ad ampio respiro, risolutive. La capacità di leadership di un DS o DM si misura nel gestire il rischio ed il conflitto in modo positivo, ribaltando a proprio favore (dell'azienda) la situazione difficile e ancora nell'abilità di sedurre (condurre a sé), di comunicare (mettere in comune) la propria progettualità, le proprie idee. In sostanza è il tecnico che riconosce cosa serve, che suggerisce, che dà la direzione (guida) e non che si limita a dirigere o a risolvere i problemi in modo efficiente come un manager. Pertanto, estremizzando, nell'evoluzione da burocrate a tecnocrate, il passaggio oggi richiesto (e per la categoria auspicabile!) ai DM/DS è quello di divenire leader, stratega riservando ai DG il ruolo manageriale richiesto dalla legge di riforma.

MATERIALI E METODI

Sulla scorta di queste evidenze e necessità la sezione veneta dell'ANMDO, in occasione del Congresso Nazionale tenutosi a Salsomaggiore nel 1995, si è interrogata sulla valenza e sul significato operativo da dare alla propria organizzazione sindacale. Al termine di questa discussione il consiglio dell'ANMDO ha deciso di sondare l'opinione di un campione di soci (n. 22) con un questionario (costruito a seguito di un ampio brainstorming) che ha previsto 12 domande a risposte aperte e chiuse (per tale motivo alcuni quesiti assommano più di 22 risposte). Il questionario è riportato in appendice per esteso, nei risultati vengono esposti i dati più significativi.

I 12 quesiti sono stati formulati in modo da far emergere le opinioni dei soci relativamente ai nodi centrali della professione: i rapporti con le altre figure professionali, i problemi legati alla carenza della formazione e dell'aggiornamento, l'immagine dell'associazione all'esterno.

RISULTATI

Unanimi le risposte circa l'attesa che l'ANMDO si connoti non più solo come un'associazione sindacale ma assuma invece una forte valenza di associazione professionale (per una quota pari al 60% dell'impegno globale) attenta soprattutto ai seguenti ambiti ed iniziative: VRQ, definizione di linee guida, standard e protocolli, formazione, confronto con clinici, medici territorio, programmazione sanitaria.

All'interno di detti ambiti gli intervistati hanno indicato come necessità perseguire lo sviluppo di capacità professionali per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, per l'analisi e la progettazione di processi organizzativi all'interno delle strutture sanitarie, per il miglioramento dei processi di comunicazione interna ed esterna al sistema sanitario. Detti obiettivi devono essere raggiunti attraverso un costante collegamento sia con i clinici che con i professionisti operanti nelle realtà extraospedaliere sanitarie e sociali. Viene inoltre sottolineata la necessità di acquisire un rapporto strutturato con figure professionali quali gli

economisti e gli esperti aziendali, i medici del territorio, gli epidemiologi, i medici legali, i sociologi, gli statistici, i politici.

Molto viva pure l'esigenza che vengano promossi progetti di lavoro multicentrici relativamente all'approfondimento dell'approccio di epidemiologia valutativa dei servizi, delle tecnologie e della qualità, alla gestione del personale medico ed infermieristico, all'approfondimento dei problemi medico-legali (trapianti, cart. cliniche, radioprot., poliz. mortuaria) e bioetici, all'igiene ospedaliera (medicina preventiva e rischio professionale), alla definizione di procedure e capitolati comuni per l'acquisto di beni e servizi.

Notevole assonanza si è registrata tra i soci relativamente alla necessità di attuare iniziative di formazione continua degli iscritti, soprattutto in campi quali la gestione per budget, il controllo di gestione, la VRQ, l'appropriatezza dell'uso delle tecnologie, le linee-guida, la comunicazione, il marketing, l'igiene ambientale, l'acquisizione di attrezzature e tecnologie. Gli strumenti ritenuti più idonei sono rappresentati da seminari, corsi di aggiornamento, gruppi di studio.

Molto sentita sia la necessità di una revisione del curriculum formativo specialistico da attuarsi attraverso incontri tra Direzioni Sanitarie e Università (Sc. Specializzazione) che la definizione del profilo professionale ovvero "la professionalità attesa" e la promozione di azioni a livello politico ed amministrativo per il riconoscimento delle funzioni.

Da ultimo si è evidenziato il bisogno di una maggior cura dell'immagine esterna dell'ANMDO e dell'intera categoria attraverso una qualificata presenza sui mass-media, la produzione di newsletter, l'organizzazione di meetings e convegni, la creazione di più stretti rapporti con gli organi regionali, con società scientifiche, i clinici, medici del territorio.

DISCUSSIONE

L'analisi delle risposte al questionario rileva sostanzialmente le seguenti esigenze espresse dai medici intervistati:

1. necessità di avere un forte riferimento anche professionale e non solo sindacale;
2. necessità di acquisire visibilità ed autorevolezza scientifica e decisionale;
3. necessità di introdurre obiettivi globali di studio/approfondimento culturale di rilevanza strategica.
4. necessità di formazione continua e di approfondimento di tecniche e metodi scientifici utili a dare contenuti tecnici alle valutazioni e decisioni;
5. necessità di sviluppare capacità di comunicazione pubblicainterna ed esterna e di interazione con altre figure professionali;
6. necessità di acquisire una visione globale ed integrata dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali;

Più sinteticamente i risultati del questionario evidenziano la necessità di acquisire strumenti, capacità, prospettive, visibilità ect. per riuscire a porre i medici con funzioni direttive, a tutti i livelli, come interlocutori credibili ed autorevoli.

In sostanza, quanto sopra dimostra che la categoria ha preso coscienza del momento storico di crisi dell'organizzazione-impresa che impegna l'azienda nella ricerca di sempre nuovi differenziali competitivi che ne assicurino la continuità produttiva. Appare inoltre ormai chiaro come l'affermazione dell'azienda non passi più esclusivamente attraverso il potere finanziario e tecnologico ma sempre più per il terreno dominato da competenza, conoscenza e comunicazione. Il differenziale vincente è determinato dai cosiddetti "fattori intangibili di successo" che si identificano con la qualità percepita, la funzionalità dei servizi, i tempi d'attesa e di risposta, l'approccio con l'utenza (6).

E' immediato che, per presidiare questi fattori soft l'organizzazione dell'azienda necessita al proprio timone di tecnici "che sanno" (perchè decide chi sa e non chi comanda) e che dalle relazioni sanno creare valore aggiunto e non conflitto, in una parola, le aziende necessitano di leadership intesa nel suo senso più proprio ossia di guida, orientamento (6).

Per attualizzare quanto sopra, nello specifico ad esempio dell'ospedale, e per comprendere quanta trasformazione dovrà essere pensata, risolta e gestita negli anni a venire è paradigmatico il documento "Role of the hospital" approvato nel 1996 a Parigi dall'Assemblea plenaria del Comitato Permanente degli ospedali dell'Unione Europea (7).

Il testo, pur riconoscendo la competenza dei singoli stati membri in materia di politica sanitaria, identifica in maniera dettagliata le tendenze della società che hanno influenza sul ruolo dell'ospedale, gli attuali cambiamenti in ordine ai fattori politici, economici, di sanità pubblica ed infine definisce gli obiettivi e le proposte conseguenti.

In sintesi in detto documento, sulla scorta dell'analisi:

- delle tendenze della società (riflessione sulla bioetica e sui diritti, attenzione alla qualità ed alla umanizzazione dei servizi, aumento dell'età media della popolazione, evoluzione degli stili di vita, aumento dei flussi di popolazioni);
- dei mutamenti politici (sistemi di finanziamento, privatizzazione, decentramento);
- dei mutamenti economici (aumento dei costi, competizione, razionamento);
- delle nuove forme di ospedalizzazione (ospedalizzazione diurna e domiciliare), della diminuzione dei posti letto, delle patologie croniche, dei nuovi tipi di malattie, degli impegni in ordine alla promozione della salute;
- delle innovazioni tecnologiche ed informatiche;
- della flessibilità del lavoro, della mobilità del personale, delle nuove professionalità, ect.

vengono rivisitati gli obiettivi dell'ospedale (mission) nel senso della cura e assistenza alla persona considerata nella sua globalità, attraverso lo sviluppo di servizi altamente qualificati in personale e tecnologie con una particolare attenzione all'educazione e promozione della salute.

E' immediato percepire come il raggiungimento di questi obiettivi preveda, per i medici con funzioni direttive, ampie ed approfondite conoscenze e capacità che non si limitano alla sola gestione, in senso classico, dell'ospedale.

Giusto per attualizzare o come "divertissement" crediamo si possa sovrapporre la figura del DS/SM a quella dei moderni allenatori delle squadre di calcio: uomini che operano costantemente sotto pressione e con notevoli responsabilità spesso più grandi di quelle richieste dal ruolo ricoperto. A loro spetta l'organizzazione della squadra (ospedale o ULSS), la scelta del modulo di gioco (filosofia e impostazione dei servizi sanitari), la preparazione e l'allenamento (formazione ed aggiornamento del personale), la valutazione dei giocatori ai fini dell'acquisto e delle convocazioni per le partite (individuazione del personale idoneo da assumere e da impiegare), la responsabilità dei risultati ("")!

Come gli allenatori, che oggi si accompagnano a preparatori atletici, staff medico, psicologo, capellano e che possono contare su attrezzature sempre più sofisticate ect., i DS/DM si avvalgono di personale specializzato (staff) e di strumenti adeguati (informatica, epidemiologia valutativa).

Rilevanti similitudini si evidenziano anche per quanto concerne le relazioni professionali e la gestione delle risorse umane a disposizione: ingerenze del Presidente della squadra nella conduzione tecnica (DG), "bizzze" dei giocatori (Primari, Direttori di Dipartimento, Responsabili dei Servizi), umori e amori dei tifosi (pazienti e utenti).

In due "ingranaggi" così simili, simile è anche il "rischio professionale": fungere cioè, al bisogno (crisi dell'azienda-squadra), da capro espiatorio!...alla faccia del gioco a zona, a uomo o misto!"

PROSPETTIVE

Il problema che quindi ora si pone è come rispondere a queste necessità di formazione.

Al momento attuale tre sono i fronti su cui è possibile operare:

1. nella formazione dei nuovi medici (formazione universitaria);
2. nella formazione dei medici con funzioni direttive/igienico-organizzative (scuole di specializzazione ect.);
3. nella formazione continua e nell'aggiornamento dei medici già operanti nelle strutture.

Estremamente interessante (e consolante!) al riguardo è un commentary apparso sull'American Journal of Public Health nell'ottobre 1994 nel quale Legnini (8) dopo aver identificato le difficoltà e le necessità in cui si trovano ad operare in generale gli amministratori all'interno delle organizzazioni sanitarie americane, mette in evidenza l'attuale mancanza di uno specifico addestramento in "leadership skills" nel curriculum formativo delle scuole di sanità pubblica.

Sempre in proposito l'Institute of Medicine raccomanda (9) che i curricula di sanità pubblica riservino maggior enfasi e spazi allo sviluppo delle abilità manageriali e di leadership in aggiunta a quelli tradizionalmente dedicati all'epidemiologia, alla prevenzione, alla pianificazione ed alla amministrazione. Si sottolinea infatti come, al contrario delle altre discipline mediche che specializzandosi approfondiscono e restringono il loro campo conoscitivo, quella in sanità pubblica man mano che raggiunge livelli più elevati richiama conoscenze e competenze sempre più ampie.

Weeks et. al. (10) ritengono estremamente appropriata la scelta della Kellogg Foundation che ha istituito particolari programmi di "hospital administration" presso alcune scuole di sanità pubblica e ciò in quanto è convinzione che gli amministratori debbano possedere, oltre a quelle manageriali, anche capacità di comprendere i valori sociali ovvero le preoccupazioni e gli interessi per la salute della comunità.

Legnini ritiene la comprensione dei valori estremamente importante perchè definisce il range di alternative accettabili ed i mezzi per realizzarle.

A questo proposito Donabedian (11) sottolinea come i valori sociali permeino una società e le sue istituzioni e ne determinino la forma e la direzione lungo la quale possono essere modificate in modo

accettabile. Ciò vale in particolar modo per i servizi sanitari in quanto l'assistenza medica riguarda una delle preoccupazioni primarie della popolazione e coinvolge relazioni intime ed intensamente personali ed è "accerchiata" da una gran varietà di prescrizioni morali ed etiche. Una caratteristica dei valori sociali in una società ragionevolmente stabile è che essi sono per la maggior parte impliciti e che la loro influenza sul comportamento difficilmente viene notata. Questo principio vale anche per le decisioni amministrative: anche quando esse possono sembrare assunte in base ad indicazioni esclusivamente tecniche, in realtà, anche se non immediatamente evidenti, delle preferenze di valore possono essere state determinanti.

Le scuole devono insegnare un senso di responsabilità verso il bene comune così come le altre specialità lo insegnano verso il singolo paziente (8).

Peraltro nella realtà americana (sanità privata) le scuole privilegiano la formazione tecnica a scapito di corsi di epidemiologia, di organizzazione dell'assistenza, di management, nonché di ogni discussione sui sistemi di valori. I corsi business-related enfatizzano verso la competizione e non verso il coordinamento dei servizi. Perciò si ritiene di estrema importanza la formazione etica per gli amministratori che devono essere in grado di identificare bisogni di salute e non limitarsi a soddisfare obiettivi economico-finanziari (8). A tal fine è fondamentale l'apprendimento di metodi epidemiologici e la conoscenza dei determinanti di salute e malattia piuttosto che la focalizzazione dello studio sui vantaggi competitivi di ogni singola istituzione.

Anche Gardner (13) è su posizioni simili quando afferma che la formazione accademica, che vuole essere neutra rispetto ai valori, non aiuta i leader che necessitano invece di una formazione ampia che consenta loro di pesare e bilanciare i valori in competizione. La formazione tecnica ha pertanto un beneficio solo temporaneo. Sempre Gardner sottolinea come, paradossalmente, spesso le scuole costringano gli studenti alla iperspecializzazione in discipline accademiche limitate mentre i leader sono di solito generalisti. Aggiunge inoltre che la maggior parte delle capacità necessarie per essere leader si devono apprendere e benchè la preparazione universitaria e post non possa essere in grado di preparare in maniera finita un leader dovrebbe peraltro "esporre" i più promettenti alle opportunità e alle sfide che possono sviluppare le loro capacità.

Utile infine la sintesi con cui Gardner elenca i nove compiti della leadership:

- definire gli obiettivi
- affermare i valori condivisi
- motivare
- gestire
- acquisire workable unity
- spiegare
- servire da simbolo
- rappresentare esternamente il gruppo
- rinnovare il sistema che il leader guida

In Italia la situazione non è molto diversa soprattutto a livello di formazione di base per la quale la tabella XVIII rappresenta un esempio classico di lontananza dai bisogni formativi. Per quanto concerne le scuole di specializzazione, con fatica, qualcosa comincia a muoversi con il nuovo ordinamento che prevede una frequenza e una didattica maggiore; certo è che quanto viene previsto dalla legge più di qualche volta viene disatteso dalle singole scuole.

Va pure rilevato che quasi ovunque è assente o minimo il collegamento tra scuole e strutture operative del SSN e d'altra parte quasi tutti gli intervistati lo hanno sottolineato; ciò crea una perdita formativa per entrambi: per i professionisti che vengono sommersi dal fare quotidiano senza riuscire ad emergere e staccare per capire dove stanno andando e per gli universitari che, relegati nelle loro aule, perdono progressivamente il contatto con la realtà e con i problemi quotidiani.

Mano a mano che il vallo si dilata i due gruppi si impoveriscono con il risultato che spesso oggi vediamo: la conduzione di ospedali ed aziende consegnata ad altre figure o a medici di altre aree specialistiche, le consulenze e le attività di formazione continua appaltate a privati.

Risulta evidente che se si vuol tornare a recitare una parte importante e non essere sostituiti ma divenire interlocutori credibili ed autorevoli l'iniziativa nel campo di formazione alla leadership deve essere immediatamente recuperata e rilanciata.

BIBLIOGRAFIA

1. Auteliano G.: "La figura del Direttore Sanitario: obblighi, poteri, responsabilità alla luce del D.L. 30/12/1992, n. 502" . L'Ospedale. 1994; 7-8:135-139.
2. Renzulli L.: "Direttore e Dirigente Sanitario nell'azienda Ospedale e USL". L'Ospedale. 1995; 1-2:3-16.
3. Trianni G.L.: "Appunti sulle competenze del Direttore Sanitario e del Dirigente Medico di Presidio Ospedaliero nell'Azienda Ospedaliera". L'Ospedale.1995; 1-2:17-20.
4. Favaretti C., Diana L.: "Profilo professionale del responsabile del presidio ospedaliero". L'Ospedale. 1989; 2-3: 35-40.
5. Ansoff H.J.: "Management strategico". Etass Libri, 1980, 249.
6. Amietta P.L.: "Professione dirigente: da manager a leader". Etaslibri, 1993, IX.
7. Standing Committee of the Hospitals of the European Union. "Role of the Hospital".Parigi, 1996; 1-5.
8. Mark W. Legnini : "Developing leaders vs training administrators in the health services". American Journal of Public Health, 1994, 84, 10:1569-1572.
9. Committee for the study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine.: "The Future of Public Health". Washington, DC: National Academy Press; 1988.
10. Weeks LE, Berman HJ. "Shapers of American Health Care Policy: An Oral History. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 1985.
11. Donabedian A.: "Aspect of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care". Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1973.
12. Gardner JW.: "The task of Leadership". Washington, DC: Independent sector; 1986.

APPENDICE

1. Ritieni che la sezione regionale debba svolgere, accanto alla tradizionale azione sindacale, anche una serie di iniziative che la connotino come un'associazione professionale? Se sì in quale proporzione ed in quali ambiti di iniziativa?
2. Nel caso di iniziative che la connotino come associazione professionale: quali obiettivi dovrebbe perseguire prioritariamente?
3. Con quali figure professionali sarebbe opportuno un collegamento?
4. Ritieni che gli obiettivi di cui al punto 2 debbano essere perseguiti ricercando un costante collegamento con i clinici?
5. Ritieni che gli obiettivi di cui al punto 2 debbano essere perseguiti avendo attenzione esclusivamente alle logiche interne dell'ospedale oppure all'interazione con i servizi sanitari extra-ospedalieri (compresa la medicina generale) e quelli sociali?
6. Ritieni che la sezione regionale debba promuovere lo svolgimento di progetti di lavoro multicentrici, tendenti ad una certa standardizzazione operativa delle varie Direzioni Sanitarie?
7. Se hai risposto sì alla precedente domanda indica alcuni progetti che ritieni di particolare interesse.
8. Ritieni che la sezione regionale debba promuovere iniziative di formazione continua degli iscritti?
9. Se hai risposto sì alla precedente domanda, indica alcuni temi che ritieni di particolare interesse.
10. Se hai risposto sì alla precedente domanda, indica gli strumenti più utili.
11. In che modo ritieni che la sezione regionale possa promuovere una revisione del curriculum della formazione specialistica (1), nonchè dei criteri quali-quantitativi del reclutamento dei futuri specialisti (2)?
12. Con quali mezzi la sezione regionale dovrebbe curare la propria immagine esterna?

1. Ritieni che la sezione regionale debba svolgere, accanto alla tradizionale azione sindacale, anche una serie di iniziative che la connotino come un'associazione professionale? Se sì in quale proporzione ed in quali ambiti di iniziativa?

SI: **22**

a. azione sindacale: **40 %**

b. azione professionale: **60 %**

Ambiti di iniziative:

- a. vrq, omogenizzazione procedure e definizione di linee guida, standard e protocolli appropriati: **9**
- b. formazione periodica e aggiornamento (convegni, seminari, s. sp) su norme e aspetti gestionali: **7**
- c. incontri/conf. apicali di sanità pubblica, clinici, medici territorio, dipart. sanità, OOSS, dir. amm.: **6**
- d. programm., organizz., epidemiol., sist. informat. sanitario ospedaliero (ricoveri, attesa): **5**
- e. tutela sindacale per copertura posti regionali di dirigente/direttore sanitario: **1**

2. Nel caso di iniziative che la connotino come associazione professionale: quali obiettivi dovrebbe perseguire prioritariamente?

a. sviluppo di capacità professionali per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari: **21**

b. sviluppo di capacità professionali per l'analisi e la progettazione di processi organizzativi all'interno delle strutture sanitarie: **15**

c. sviluppo di capacità professionali per il miglioramento dei processi di comunicazione interna ed esterna al sistema sanitario: **11**

d. formazione continua: **9**

e. valutazione della tecnologia sanitaria, dell'utilizzazione dei servizi sanitari e def. standard produzione: **3**

f. analisi dei bisogni di salute: **1**

3. Con quali figure professionali sarebbe opportuno un collegamento?

a. economisti, esperti aziendali: **11**

b. primari, clinici: **10**

c. medici territorio, epidemiologi, medici legali: **6**

d. direttori amministrativi: **6**

e. responsabili uffici tecnici, ingegneri: **4**

f. scuole infermieristiche, capi sala, infermieri: **4**

g. sociologi, psicologi: **4**

h. direttori sanitari (anche di altre regioni): **3**

i. direttori generali, manager: **3**

l. statistici, informatici: **2**

m. politici: **2**

n. biologi: **1**

o. dirigenti regionali: **1**

4. Ritieni che gli obiettivi di cui al punto 2 debbano essere perseguiti ricercando un costante collegamento con i clinici?

SI: **21**

NON necessariamente: **1**

5. Ritieni che gli obiettivi di cui al punto 2 debbano essere perseguiti avendo attenzione esclusivamente alle logiche interne dell'ospedale oppure all'interazione con i servizi sanitari extra-ospedalieri (compresa la medicina generale) e quelli sociali?

a. solo logiche interne/ prevalentemente/ in questa fase: **3**

b. interazione con i servizi sanitari extraospedalieri: **19**

6. Ritieni che la sezione regionale debba promuovere lo svolgimento di progetti di lavoro multicentrici, tendenti ad una certa standardizzazione operativa delle varie Direzioni Sanitarie?

SI: **22**

Prorità: piani di lavoro, carichi di lavoro, drg, budget, profili di cura, VRQ.

7. Se hai risposto sì alla precedente domanda indica alcuni progetti che ritieni di particolare interesse.

- a.** approfondimento dell'approccio epidemiologico (indicatori produtt. e qualità, DRG): **7**
- b.** gestione personale medico ed infermieristico: **6**
- c.** VRQ, appropriatezza ed applicazione delle evidenze scientifiche, linee-guida, PRUO: **6**
- d.** carichi di lavoro e piani di lavoro: **5**
- e.** problemi medico-legali (trapianti, cart. cliniche, radioprot., poliz. mortuaria): **5**
- f.** igiene ospedaliera (I.O.), medicina preventiva, progettazione ospedaliera: **5**
- g.** acquisizione di tecnologie e attrezzature, procedure capitolati, standard consumi: **4**
- h.** rischio professionale, 626: **3**
- i.** analisi dei bisogni di salute: **2**
- l.** budget: **2**
- m.** rapporti/competenze tra Dir. Medica ed Amministrativa: **2**

8. Ritieni che la sezione regionale debba degli iscritti?

2promuovere iniziative di formazione continua

Si: **22**

9. Se hai risposto sì alla precedente domanda, indica alcuni temi che ritieni di particolare interesse.

- a. budget, controllo di gestione, analisi dei costi sanità: **9**
- b. VRQ: **7**
- c. appropriatezza dell'uso delle tecnologie, linee-guida, protocolli: **4**
- d. pianificazione: **4**
- e. comunicazione, marketing: **3**
- f. igiene ambientale: **3**
- g. acquisizione attrezzature e tecnologie: **2**
- h. analisi dei bisogni di salute: **2**
- i. indicatori di produttività: **2**
- l. gestione manageriale e gestione del personale: **2**
- m. medicina legale: **1**
- n. rapporti tra Dir. Sanitario e Direttore Generale: **1**

10. Se hai risposto sì alla precedente domanda, indica gli strumenti più utili.

- a. seminari: **6**
- b. corsi di aggiornamento: **4**
- c. gruppi di studio: **2**
- d. lezioni ex-cathedra con esercitazioni: **2**
- e. convegni: **2**
- f. workshop: **1**
- g. linee guida: **1**
- h. raccolta stampa: **1**
- i. visite ad ospedali: **1**
- l. incontri con regione/ministero: **1**
- m. rapp. con scuola di specialità: **1**
- n. borse di studio: **1**
- o. stage all'estero: **1**

11. In che modo ritieni che la sezione regionale possa promuovere una revisione del curriculum della formazione specialistica (1), nonché dei criteri quali-quantitativi del reclutamento dei futuri specialisti (2)?

1.

- a. attraverso incontri tra Direzioni Sanitarie e Università (Sc. Specializzazione): **6**
- b. definendo il profilo professionale ovvero "la professionalità attesa": **2**
- c. promuovendo azioni a livello politico ed amministrativo per il riconoscimento dei compiti: **2**
- d. equiparando il lavoro "dirigenziale" a quello di altre figure simili: **1**
- e. rivisitazione dei vecchi e nuovi compiti: **1**
- f. verifica di ciò che il professionista ha fatto nel proprio campo: **1**
- g. valutazione delle esperienze globali: **1**
- h. sviluppando un'adeguata promozione negli Ospedali e nelle Università: **1**
- i. revisione delle materie di studio: **1**

2.

- a. solo nell'ambito ospedaliero: **1**
- b. anche in ambito esterno all'ospedale: **1**
- c. attraverso incontri tra Direzioni Sanitarie e Università (Sc. Specializzazione): **6**

12. Con quali mezzi la sezione regionale dovrebbe curare la propria immagine esterna?

- a.** strategia e cura dell'immagine attraverso presenza sui mass-media, ufficio stampa, produzione di newsletter, divulgazione dell'"Ospedale", "ANMDO flash", meetings, convegni, prod. scientifica: **15**
- b.** più rapporti e proposte tecniche agli organi regionali (interlocutori credibili): **9**
- c.** più rapporti con società scientifiche, clinici, medici del territorio: **4**
- d.** maggior peso sindacale: **2**
- e.** maggior peso politico: **1**