



FONDAZIONE ISTD

Evoluzione delle competenze nella sanità privata lombarda

Ricerca finanziata nell'ambito del Progetto
“FORMAT BIS - Formazione e Servizi innovativi per la competitività
delle imprese e lo sviluppo delle competenze dei lavoratori in Lombardia”
ID 417641 - L. 236/93 - Progetti quadro settoriali e territoriali - Anno 2006

QUADERNO DI RICERCA

3



**MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI**

Ufficio Centrale per l'Orientamento e
la Formazione Professionale dei Lavoratori



Regione Lombardia

Evoluzione delle competenze nella sanità privata lombarda

Un progetto promosso da:

- ASSOLOMBARDA*
- UNIONE INDUSTRIALI DI COMO*
- CONFINDUSTRIA DI LECCO*
- CONFINDUSTRIA ALTO MILANESE*
- ASSINDUSTRIA MONZA E BRIANZA*
- UNIONE INDUSTRIALI PROVINCIA DI PAVIA*
- ANCE LOMBARDIA*

Ricerca a cura di Alessandra Cosso, Cristina Godio, Maria Giulia Marini, Caterina Montemurro, Antonio Nastri, Luigi Reale, Luigi Serio.

Si ringraziano le strutture che hanno aderito all'iniziativa e che ne hanno reso possibile la ricerca: Centro Cardiologico Monzino, Centro Diagnostico Italiano, Istituto Clinico Humanitas, Istituto Europeo di Oncologia IRCCS, Multimedica Holding.

Si ringraziano Assolombarda, CO.L.C.I.S. e CISL che hanno contribuito alla realizzazione della ricerca.

Si ringraziano tutte le persone che hanno contribuito con le loro testimonianze al perseguimento dell'eccellenza.

Data Pubblicazione: Settembre 2008

Indice

1. PREMESSA	pag.	5
<i>Obiettivi della ricerca</i>	»	5
<i>Metodologia della ricerca</i>	»	6
<i>Dati sul progetto</i>	»	10
2. LA RICERCA DESK	»	11
<i>Introduzione</i>	»	11
<i>Dalle competenze organizzative alle famiglie professionali</i>	»	12
<i>L'evoluzione delle competenze in sanità</i>	»	15
<i>L'evoluzione delle competenze gestionali in sanità</i>	»	21
<i>Competenti nell'anima: le competenze relazionali</i>	»	32
<i>Conclusioni della ricerca desk</i>	»	48
3. L'INDAGINE FIELD	»	50
<i>I risultati: le tematiche più attuali, le criticità più sentite, i grandi cambiamenti in atto</i>	»	50
<i>I risultati del focus group</i>	»	71
<i>Conclusioni della ricerca field</i>	»	81
APPENDICE	»	84
<i>Altre voci: le parti sociali, Assolombarda e CO.L.C.I.S.</i>	»	84

1. PREMESSA

Obiettivi della ricerca

Il progetto di ricerca “Evoluzione delle competenze nella sanità privata lombarda”, promosso e realizzato dalla Fondazione ISTUD¹, si è posto l’obiettivo di analizzare le competenze attuali e prospettiche nel settore della sanità privata.

Perché una ricerca? Perché affrontare la raccolta di aspettative, criticità, verità su processi complessi e forse non così logici e lineari? La conoscenza acquisita serve per l’evoluzione della propria consapevolezza organizzativa: l’informazione aggregata in conoscenza è quindi funzionale al cambiamento guidato. La sanità privata lombarda ha deciso, attraverso l’occasione preziosa fornita dal progetto finanziato nell’ambito del dispositivo L.236/93 Anno 2006 – Progetti Quadro di raccontarsi, per meglio analizzarsi, dichiarando le zone di forza e quelle che devono e possono essere oggetto di miglioramento. Sanità privata è un sistema composto dai professionisti che la compongono: medici, infermieri con ruolo di coordinamento, infermieri, tecnici, operatori sanitari e le direzioni gestionali e sanitarie, pertanto oggetto di esplorazione non sono stati solo i sistemi di appartenenza della sanità privata e i processi che attraversano le strutture ma principalmente gli individui con le loro professioni, i loro ruoli e le loro competenze.

In una visione organizzativa che vede nelle persone e nella loro conoscenza il principale capitale di un’organizzazione, la lente è stata focalizzata proprio sulle singole professioni e sul loro patrimonio di conoscenza.

Conoscere quali competenze ci sono e come stanno cambiando, dove manca una chiara definizione dei ruoli, e come inserire queste organizzazioni sanitarie in uno scenario in cambiamento è la strada scelta perché la sanità privata lombarda sia sostanzialmente **un patrimonio d’eccellenza** tra qualità, efficacia e efficienza, effettivamente riconosciuto dalle istituzioni, dai decisori politici sanitari, dalle società scientifiche e dai cittadini.

¹ Ricerca finanziata nell’ambito del Progetto “FORMAT BIS - Formazione e Servizi innovativi per la competitività delle imprese e lo sviluppo delle competenze dei lavoratori in Lombardia” - ID 417641 - L.236/93 - Progetti quadro settoriali e territoriali - Anno 2006

Premessa

Nello specifico, gli obiettivi della ricerca possono essere così sintetizzati:

- evidenziare le competenze “chiave” che, si prevede, si imporranno nei prossimi anni quali veri fattori critici di successo per la Sanità privata lombarda;
- identificare le figure professionali, attualmente inesistenti o scarsamente diffuse, per le quali si prevede sviluppo nel prossimo futuro;
- ricostruire le modalità e le strategie con cui le diverse organizzazioni sanitarie fanno fronte al fabbisogno di competenze e figure professionali “critiche”.

Metodologia della ricerca

Chi ha aderito alla ricerca sull'evoluzione delle competenze

Hanno reso possibile la realizzazione della ricerca le seguenti strutture:

- CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO
- CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO
- ISTITUTO CLINICO HUMANITAS
- ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA IRCCS
- MULTIMEDICA HOLDING

Cosa si è indagato

Le principali aree di indagine affrontate sono state:

- l'evoluzione delle competenze in sanità;
- l'evoluzione delle competenze gestionali;
- competenti nell'anima: le competenze relazionali.

Anche queste dinamiche sono state oggetto di analisi:

- percezioni nei confronti della propria organizzazione;
- motivazioni e significati attribuiti al proprio lavoro;

Premessa

- aspettative riguardo l'evoluzione del ruolo e della propria professione;
- rapporto tra scelte formative effettuate e sbocchi lavorativi ottenuti;
- approccio alla formazione continua legata al proprio lavoro.

Come si è indagato

L'impianto metodologico

La metodologia adottata, è stata di tipo qualitativo e si è articolata in due momenti, distinti ma strettamente interconnessi:

- un'*indagine desk*, svolta tra luglio 2007 e aprile 2008, basata sulla raccolta e analisi della letteratura – sia le molte ricerche esistenti sia libri che forniscano modelli sia risorse disponibili *online* – sul tema utile a individuare le questioni importanti;
- un'*indagine field* realizzata tra i mesi di settembre 2007 e giugno 2008 e basata sullo svolgimento di interviste semistrutturate di circa un'ora per interlocutore nelle strutture sanitarie che hanno aderito all'iniziativa;
- un *focus group*, con le strutture sanitarie coinvolte svolto a dicembre 2007, volto a validare i risultati emersi dalla prima fase della ricerca e a indagare in profondità le questioni più critiche e rilevanti;
- interviste a giugno con le parti sociali (Assolombarda, CISL e CO.L.C.I.S.).

Questi i passaggi in dettaglio della ricerca:

1. Creazione Gruppo di ricerca:

- individuazione e coinvolgimento delle strutture interessate e degli interlocutori privilegiati

2. Progettazione:

- definizione di dettaglio e condivisione indirizzi
- aree di indagine

3. Analisi *desk*:

- individuazione fonti e raccolta materiale
- analisi delle fonti

Premessa

- elaborazione e *check list* per interviste e *focus group*
- progettazione del materiale da utilizzare nel *workshop*

4. Analisi sul campo:

- progettazione e realizzazione delle interviste
- progettazione e realizzazione del *focus group*

Significato della fase di ricerca desk

La prima fase della ricerca, l'indagine *desk*, ha analizzato lo scenario internazionale e nazionale e gli orizzonti attuali del tema delle competenze nelle organizzazioni sanitarie, *non profit* e *for profit*. Le fonti sono state principalmente la letteratura economico gestionale inglese e statunitense.

Questo si è configurato come un passaggio propedeutico nei confronti dell'indagine sul campo, dove per campo si è inteso la contestualizzazione nella sanità privata lombarda, che ha consentito:

- l'elaborazione di alcune prime ipotesi interpretative che hanno permesso di mettere a fuoco i temi chiave da affrontare nell'indagine e indirizzare la fase successiva della ricerca;
- la costruzione degli strumenti di indagine (*check-list*) da utilizzare nel corso dell'indagine sul campo.

Significato della fase di ricerca sul campo

Nella costruzione del campione si è privilegiata una logica estensiva, ovvero l'invito a partecipare rivolto a tutti i ruoli evidenziati delle varie funzioni organizzative con la finalità di ottenere per la ricerca una costruzione di un campione che tenesse conto di criteri di rappresentatività: in particolare, in sanità, le due categorie di appartenenza dei ruoli sono quella delle professioni amministrative (ad esempio: risorse umane, finanza e controllo, approvvigionamento e acquisti) e quella delle professioni sanitarie (ad esempio: medici, infermieri, tecnici).

Coerentemente con la metodologia qualitativa prescelta, le *check-list* sono state utilizza-

Premessa

te come una traccia lungo cui condurre l'intervista in presenza: a partire dagli stimoli forniti dalle *check-list*, ciascun intervistato era libero di soffermarsi sulle tematiche che riteneva più importanti in relazione al proprio ruolo e alla propria esperienza. Compito dell'intervistatore è stato quello di controllare due aspetti: da un lato, verificare che fossero toccate tutte le aree di indagine previste; dall'altro, registrare eventuali nuovi temi che la persona intervistata desiderava riferire, per riportarli al gruppo di progetto – al fine di poterli verificare e discutere nel corso delle successive interviste – e di includerli più in generale nella ricerca.

Per facilitare il processo di indagine, la *check-list* è stata inviata a ciascun intervistato una settimana prima rispetto alla data dell'intervista in modo da consentire l'eventuale recupero di dati ritenuti interessanti. In alcuni casi, è stata raccolta la segnalazione relativa ad altri colleghi da intervistare in quanto portatori di chiavi di lettura e esperienze complementari e integrative.

I criteri fondamentali utilizzati dal gruppo di ricerca per decidere se fosse stato necessario continuare o meno nella raccolta di informazioni erano due: il controllo incrociato dei dati, vale a dire il grado di coerenza riscontrabile nei dati raccolti con diversi metodi (analisi della letteratura e interviste sul campo alle diverse tipologie di interlocutori), e la cosiddetta "saturazione delle categorie" analitiche, vale a dire la ragionevole sicurezza che dati supplementari non avrebbero modificato sostanzialmente la ricostruzione del fenomeno indagato e la sua interpretazione.

Il *focus group* realizzato al termine delle interviste ai professionisti sanitari invece, ha previsto il coinvolgimento di tutte le realtà interessate all'iniziativa della ricerca: è stato un momento di confronto inter-organizzativo ed ha permesso al gruppo di ricerca una validazione ulteriore dei dati che erano emersi dalle interviste con i singoli professionisti. Questo incontro si è proposto come opportunità di scambio e condivisione di alcune ipotesi di lavoro sul tema delle competenze distintive ed un momento di arricchimento reciproco e di armonizzazione di prassi tra le strutture, superando la logica settoriale individuale della singola struttura.

Le aree esplorate attraverso il *focus group* sono state:

- ***focus sulle "competenze chiave"*** – l'indagine ha voluto analizzare la percezione delle aziende circa le competenze "chiave" che, si prevede, si imporranno nei prossimi anni quali veri fattori critici di successo;

Premessa

- ***focus sulle figure professionali*** – ulteriore obiettivo della ricerca è stato individuare quali siano le figure professionali, attualmente inesistenti o scarsamente diffuse, per le quali si prevede un notevole sviluppo nel prossimo futuro;
- ***focus sulle modalità di gestione dello skill-gap*** – la percezione delle organizzazioni circa l’urgenza e la rilevanza delle competenze “chiave” si traduce in strategie differenti per soddisfare i fabbisogni di *know-how*. La ricerca, pertanto, ha voluto ricostruire lo scenario attuale del settore relativamente ai modelli di comportamento delle strutture coinvolte nella gestione delle politiche di sviluppo/acquisizione delle competenze chiave.

La metodologia dei *focus group* si è basata sulla somministrazione di alcuni stimoli (spunti di riflessione, domande dirette riguardanti l’oggetto di indagine) a un gruppo selezionato di partecipanti da parte di un conduttore e sulla successiva raccolta delle reazioni/risposte. Parallelamente, a valle di ciascuno stimolo e delle reazioni che ne scaturiscono, il conduttore ha guidato una breve discussione finalizzata ad esplorare con maggiore profondità il tema proposto e a favorire il confronto di opinioni tra i presenti.

Dati sul progetto

Nella fase di ricerca sul campo, sono state realizzate 29 interviste semistrutturate coinvolgendo prevalentemente le famiglie professionali operanti nelle Risorse Umane, Direzione Sanitaria e il Settore Clinico (sulla traccia delle *check-list*: 11 amministrativi, 10 infermieri, 6 medici e 2 tecnici).

Sono state poi realizzate 3 interviste alle parti sociali, alla CISL, ad Assolombarda e al CO.L.C.I.S. - Confindustria Lombardia - Coordinamento Interprovinciale della Sanità.

2. LA RICERCA DESK

Introduzione a cura di Antonio Nastri

Il presente lavoro intende proporre un'analisi del settore della Sanità privata lombarda incentrato sullo studio delle competenze distintive e dei profili professionali per i quali si registra una crescente importanza.

Le competenze distintive, infatti, oltre a rappresentare la chiave attraverso la quale un'organizzazione assume le proprie decisioni, costituiscono un patrimonio difficilmente replicabile – in quanto distintivo di ciascuna organizzazione – da parte di altri *competitor*.

Conoscere bene e saper valorizzare le proprie competenze distintive è perciò un principio fondamentale per tutte le organizzazioni operanti all'interno di qualsiasi settore, ma diventa un imperativo urgente per quelle organizzazioni che operano all'interno di settori particolarmente dinamici, turbolenti o caratterizzati da frequenti cambiamenti.

Tale appare, oggi, il settore della sanità, le cui dinamiche evolutive sono conseguenza diretta dell'azione esercitata da un complesso mix di variabili di ordine normativo, economico, socio-demografico, tecnologico.

L'attenzione alle competenze distintive quale fonte di vantaggio competitivo è un fenomeno che ha ricoperto un ruolo centrale nell'ultimo decennio di studi organizzativi e ha come principale riferimento teorico la prospettiva di studi sull'impresa denominata *resource based-view*.

Tale prospettiva integra approcci di studio diversi, costruendo un quadro di lettura che, partendo dalle tecniche di analisi del settore di Porter (1985)², arriva alle più diffuse matrici di portafoglio sviluppate dalle importanti società di consulenza al management americane.

La sua importanza è frutto anche delle dinamiche evolutive che hanno coinvolto il modo in cui ciascuna organizzazione si confronta con il mercato di riferimento. Nel caso della sanità, il cambiamento più evidente è rappresentato dall'evoluzione dei bisogni e delle

² PORTER, M.E., *Competitive advantage. Creating and sustaining superior performance*, Free Press, 1985.

domande espresse dal mercato nei confronti degli operatori.

I bisogni della popolazione appaiono oggi sempre più articolati e complessi: al bisogno – conosciuto e standardizzato – di curare il sintomo e la malattia si affiancano oggi altre necessità e richieste che toccano anche le componenti intangibili del valore dell’offerta dei servizi socio-assistenziali e che richiedono una risposta differenziata e attenta alle specifiche esigenze di ciascun paziente.

Una definizione di competenze organizzative

Le competenze organizzative rappresentano un tema ricorrente nella letteratura manageriale. I diversi autori che si sono occupati del tema hanno fornito definizioni e modelli di classificazione differenti.

Selznick (1957)³ definisce le competenze distintive come le attività che un’organizzazione riesce a svolgere con maggiore abilità rispetto ai suoi concorrenti; Ansoff (1965)⁴ le definisce come la base delle strategie di sviluppo delle organizzazioni; Hamel e Prahalad (1993)⁵ descrivono le *core competencies* come le capacità fondamentali attraverso le quali un’organizzazione riesce a perseguire performance elevate.

Elemento comune nelle definizioni presentate è la visione delle competenze come leve di sviluppo del vantaggio competitivo, ossia la capacità di armonizzare un insieme di *skill* che rendono l’organizzazione una realtà unica. Le competenze infatti sono caratterizzate da tre caratteristiche principali:

- forniscono un accesso potenziale a un ampio numero di clienti;
- sono in grado di fornire un contributo alla percezione del valore da parte del cliente finale;
- sono difficili da imitare da parte dei concorrenti.

³ SELZNICK, P., *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*, Harper & Row, 1957.

⁴ ANSOFF, I., *Corporate Strategy*, Penguin, 1965

⁵ HAMEL, G., PRAHALAD, C.K. “Le competenze distintive dell’azienda”, Porter, M.E., Montgomery C.A. (a cura di), *Il vantaggio competitivo secondo i “guru” della Harvard Business School*, Il Sole 24 Ore, 1993.

Ciascuna organizzazione ha un proprio patrimonio di competenze distintive e può essere quindi descritta come un complesso insieme di competenze distintive. Il suo successo competitivo, in tal senso, è una conseguenza diretta della sua capacità di individuare e valorizzare tali competenze.

Si rende perciò necessaria una metodologia di indagine che favorisca questa lettura e proponga un modello di classificazione delle diverse competenze.

Uno dei principali assunti dell'approccio *resource-based* è che non tutte le risorse sono di uguale importanza o hanno le caratteristiche per diventare fonti del vantaggio competitivo. Kochanski e Ruse (1997)⁶, infatti, propongono una tassonomia di quattro differenti classi di competenze organizzative.

CLASSI DI COMPETENZA	CARATTERISTICHE DISTINTIVE
Strategiche	– Consentono un vantaggio competitivo – Uniche rispetto alla concorrenza – Valore aggiunto per il cliente – Orientate al futuro – Dinamiche
Centrali	– Motore “evidente” dell’azienda – A contatto con il cliente – Consentono l'ottenimento di quelle strategiche
Necessarie	– Non se ne può fare a meno – Non sono uniche – Si può fare affidamento su altri
Inadeguate	– Al di fuori del controllo della direzione strategica – Di maggior valore altrove – Ridondanti

Tabella 1: Classi di competenza organizzativa. Fonte: Kochanski e Ruse (1997).

⁶ KOCHANSKI, J.T., RUSE, D.H., “Competenze e Sviluppo delle Risorse Umane”, in *Sviluppo e Organizzazione*, n. 160, Marzo-Aprile 1997.

Da questa schematizzazione si evince che sono le competenze strategiche le vere competenze distintive dell'organizzazione attraverso le quali quest'ultima costruisce e difende il proprio vantaggio competitivo.

Barney (1991)⁷ indica le quattro condizioni fondamentali di una competenza strategica:

- la rarità;
- la difficoltà di imitazione da parte dei competitor;
- la capacità di creare valore per il mercato;
- l'insostituibilità.

L'obiettivo di un'analisi di settore incentrata sul tema delle competenze è identificare le competenze strategiche che hanno maggiore impatto all'interno del settore oggetto dell'analisi. Per perseguire tale obiettivo, l'analisi deve articolarsi su tre differenti livelli o focus di indagine:

- **Focus sulla struttura del settore** – basato sulla ricostruzione delle caratteristiche principali (quantitative e qualitative) del settore analizzato e dei player che operano al suo interno;
- **Focus sulle catene del valore** – basato sull'individuazione, all'interno della catena del valore, delle attività principali attraverso le quali vengono sviluppate e consolidate le competenze distintive;
- **Focus sulla costruzione del valore e sulle competenze distintive** – individuate le aree di attività, l'analisi deve focalizzarsi sulla descrizione delle competenze specifiche fondamentali.

Quest'ultimo passaggio risulta molto importante e cruciale per l'intera ricerca perché si tratta di valutare le competenze distintive all'interno del settore osservato. Infatti, invece di guardare a ciò che l'organizzazione non può fare e provare a trasformarla in qualcosa di differente, l'approccio *Resource-Based* propone che gli elementi costitutivi dell'organizzazione siano quei punti di forza di cui essa già dispone o che ha il potenziale per ottenere.

⁷ BARNEY, J.B., "Firm Resources and Sustained Competitive Advantage", in *Journal of Management*, 17 marzo 1991.

Il vantaggio di questa prospettiva è quello di consentire all'organizzazione di evitare di avventurarsi in esperienze o pratiche che in effetti non ha la capacità di condurre con successo e di focalizzarsi invece su quelle attività che già sa svolgere particolarmente bene e dominare il campo che si è scelto.

Per questo motivo, le analisi settoriali *Resource-based* si propongono anche la finalità di presentare indicazioni utili ad orientare le future scelte strategiche e di sviluppo delle organizzazioni operanti nei settori analizzati.

I processi di analisi sono guidati da quattro *key issue* che rappresentano i quesiti principali ai quali ogni organizzazione/settore dovrebbe essere in grado di rispondere per valutare le proprie competenze distintive:

- identificare quali sono i *vantaggi* che raccolgono il maggior interesse da parte del cliente;
- identificare la *significatività del vantaggio*, ovvero la sua incidenza nella costruzione del valore per l'organizzazione;
- identificare la *difendibilità del vantaggio*, ovvero per quanto tempo il vantaggio potrà essere sostenuto;
- individuare le *nuove competenze* richieste per il futuro.

Dalle competenze organizzative alle famiglie professionali: l'evoluzione delle competenze in sanità a cura di Antonio Nastri

Strettamente correlata all'esigenza di individuare e valorizzare il patrimonio di competenze distintive dell'organizzazione è la necessità di sviluppare strategie di sviluppo che assumano le competenze come attributi degli individui e delle diverse *famiglie professionali*, e che supportino/consolidino il senso di appartenenza delle persone, da un lato, alla famiglia professionale stessa e, dall'altro, all'organizzazione all'interno della quale si opera.

L'organizzazione, infatti, manifesta il bisogno di focalizzare maggiormente le proprie attenzioni sulle caratteristiche personali degli individui quale principale fonte del vantaggio competitivo di lungo periodo e sull'apprendimento come insieme di variabili critiche di competitività e successo.

Il percorso di sviluppo delle competenze professionali evolve sempre di più verso modelli più flessibili rispetto al passato, caratterizzati da un ampliamento delle tradizionali *job description*. Nel caso della Sanità, i professionisti – soprattutto i clinici – vedono progressivamente aumentare il livello di complessità e di responsabilità da gestire. Tale fenomeno evolutivo è particolarmente osservabile nel caso dei profili medici e infermieristici:

- nel caso dei primi, già da alcuni anni è in atto un processo di progressiva integrazione delle tradizionali competenze cliniche (che continuano a rappresentare l'elemento primario del patrimonio di saperi del medico) con competenze che afferiscono al *know-how* del *manager*;
- nel caso dei secondi, appare frequente l'ampliamento dei compiti e l'assunzione di mansioni che precedentemente rappresentavano una prerogativa esclusiva dei medici.

I due fenomeni evolutivi descritti evidenziano una situazione in cui i confini tra i ruoli professionali appaiono meno definiti rispetto al passato grazie a un processo di ampliamento orizzontale delle relazioni. Da questa situazione consegue la necessità sempre maggiore di sviluppare efficaci “competenze d'integrazione” orientate alla collaborazione e al confronto tra i diversi professionisti in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni.

È un fenomeno riscontrabile anche in realtà organizzative appartenenti ad altri settori economici ma, nel caso della sanità, assume una valenza particolare in funzione della tipologia di servizio – la fornitura di salute – offerto dalle organizzazioni sanitarie e, quindi, della necessità di individuare modalità di collaborazione e di integrazione dei contributi delle diverse figure professionali in grado di garantire il miglior risultato per i pazienti e per i loro familiari, destinatari/clienti del servizio.

Le competenze individuali

Le competenze individuali possono essere descritte come una «*componente profonda e duratura della personalità degli individui*»⁸ in grado di consentire alle persone la realizzazione di performance stabili e durature.

⁸ GRISOLIA A., MANZOLINI L. 2000. “Dalle competenze alle professioni aziendali”, in Boldizzoni D., Manzolini L. (a cura di), *Creare valore con le risorse umane – La forza dei nuovi paradigmi nella direzione del personale*. Guerini e Associati.

Una seconda possibile definizione specifica le competenze individuali come «*il conseguimento della prestazione richiesta dal job e sostenuta dal contesto in cui è esercitata*»⁹.

Entrambe le definizioni mettono in luce elementi differenti, ma complementari, propri delle competenze professionali:

- da un lato, infatti, si evidenzia come le competenze rappresentino una componente costitutiva della personalità dell'individuo e, in quanto tali, sono specifiche e differenti da individuo a individuo;
- dall'altro lato, si sottolinea come le competenze rappresentino un fattore abilitante dell'azione degli individui il cui valore deve essere analizzato in rapporto alle caratteristiche del contesto organizzativo in cui vengono agite.

La competenza è perciò una combinazione di azione, pensiero, abilità e storia personale; essa, definita come competenza in atto o nell'azione, comprende anche l'identità, i valori, le aspirazioni, la passione per quello che si fa:

«Il concetto di competenza assume senso solo rispetto alle esperienze e ai contesti a cui fa riferimento. Non esiste quindi un modello di competenze in assoluto, ma solo relativo ai contesti ed alle professionalità. Dalla riflessione sull'azione si trae il senso e il significato delle modalità e delle competenze utilizzate, nella situazione e dalla persona, che è lì e agisce».¹⁰

Il *focus* sul tema delle competenze individuali assume un'importanza crescente man mano che emerge la centralità del capitale umano quale risorsa centrale per la produzione di valore e per la capacità dell'impresa di rispondere in maniera efficace e flessibile ai cambiamenti provenienti dall'ambiente esterno. Diventa perciò fondamentale individuare strategie di sviluppo e gestione di tale capitale poiché «ciò che hanno in comune le aziende di successo sono le politiche e le pratiche di gestione e sviluppo delle Risorse Umane».¹¹

⁹ HIRSCHORN L. 1992. "Automation and competency requirements in manufacturing: a case study", in Adler P. (ed.), *New technology*. Oxford University Press.

¹⁰ GRISOLIA A., MANZOLINI L., Op. Cit.

¹¹ PFEFFER J., "Competitive advantage through people. Unleashing the power of the work force", Harvard Business School Press, 1994.

Tali strategie, inoltre, devono essere mirate a far fronte alla crescente imprevedibilità degli scenari futuri e, quindi, a garantire la gestione della contingenza. Partendo da questa premessa, la gestione del capitale umano “per competenze” – ovvero incentrata sulla conoscenza e valorizzazione di “ciò che le persone sanno fare” – tende a sostituirsi a una gestione prescrittiva/predittiva, basata sulla formalizzazione dei compiti e delle *job description*.

I differenti modelli e approcci alla gestione delle competenze possono essere ricondotti a differenti studi che hanno come elementi comuni l’analisi e la valutazione dei comportamenti organizzativi delle persone, delle loro capacità operative e delle loro attitudini.

Tali studi sono incentrati sull’osservazione dei comportamenti e delle attitudini dei *best performer* all’interno dell’organizzazione, che hanno consentito a queste persone di ottenere risultati efficaci.

Più in dettaglio, l’idea di competenze individuali che tali modelli propongono si compone di cinque differenti caratteristiche intrinseche¹²:

- il *tratto della personalità*, definibile come la generale disposizione dell’individuo a comportarsi e a reagire in un determinato modo di fronte a una data situazione o informazione;
- la *motivazione*, ovvero gli schemi mentali o le spinte interiori che normalmente inducono una persona ad agire per il perseguimento di determinati obiettivi;
- le *skill*, cioè le capacità dell’individuo di eseguire un determinato compito intellettuale o fisico;
- l’*immagine di sé*, intesa come l’insieme degli atteggiamenti, dei valori personali, del concetto di sé e della fiducia in se stesso da parte dell’individuo;
- il *corpo di conoscenze*, ovvero i contenuti professionali indispensabili per svolgere una determinata attività.

La competenza individuale, così definita, rappresenta una componente «profonda e duratura della personalità di un individuo e può predirne il comportamento in una grande varietà di situazioni e compiti relativi alla mansione. Ripetibilità della performance e stabilità sono pertanto caratteri tipici e qualificanti della nozione di competenza».¹³

¹² SPENSER L.M., SPENSER S.M., *Competenza nel lavoro*. Franco Angeli. 1995.

¹³ QUARATINO L., “La valutazione dalle posizioni alle competenze”, in Boldizzoni D. (a cura di), *Management delle risorse umane*. Il Sole 24 ore. 2003.

Combinare le competenze organizzative e individuali

Le competenze organizzative e quelle individuali rappresentano due aree di presidio cruciali per qualsiasi organizzazione. È fondamentale in tal senso – è questa la tendenza alla quale si sta assistendo nel corso degli ultimi anni – individuare un corretto livello d’equilibrio che consenta di valorizzare entrambe le dimensioni.

La ricerca di questo equilibrio passa attraverso lo sviluppo e l’implementazione di appositi sistemi di gestione – i modelli delle competenze – che consentano di valorizzare, attraverso una gestione flessibile e in grado di rispondere efficacemente ai cambiamenti dell’ambiente competitivo, il contributo di ciascun singolo individuo al perseguimento degli obiettivi aziendali.

Un sistema di gestione delle risorse umane basato sulle competenze può consentire di:¹⁴

- identificare, esplicitare e diffondere sistemi di comportamento efficaci lungo la struttura aziendale;
- ridurre gli errori di inserimento dall’esterno;
- fornire una base solida per formulare piani di sviluppo individuali ed effettuare l’analisi dei bisogni di formazione;
- consentire una valutazione meno arbitraria degli aspetti qualitativi della performance;
- pianificare gli organici nel medio periodo tramite la rilevazione del potenziale e la costruzione di tavole di rimpiazzo;
- diminuire i problemi derivanti da errori di allocazione e mobilità del personale;
- accelerare il processo di innovazione delle politiche retributive;
- favorire le politiche di *outplacement*, consentendo il reinserimento mirato in altre realtà aziendali;
- incrementare i livelli di coerenza tra le diverse politiche di gestione;
- favorire l’allineamento tra le “competenze distintive” aziendali e il sistema di comportamento richiesto.

Il percorso di sviluppo di un modello di competenze, secondo il processo illustrato da Spencer e Spencer (1995),¹⁵ si compone di sei fasi:

¹⁴ QUARATINO L., Op. cit.

¹⁵ SPENCER L.M., SPENCER S.M., Op. cit.

- definizione dei criteri per la misurazione delle prestazioni (vendite, profitti, misure di produttività; nomine dei capi; valutazioni dei colleghi, dei subordinati, dei clienti);
- identificazione dei campioni di lavoratori (un gruppo di *performer* superiori ritenuti eccellenti per la qualità e sistematicità dei risultati, e di *performer* medi come campione di controllo);
- raccolta dei dati. Questa fase viene solitamente condotta attraverso la tecnica B.E.I., *Behavioural Event Interview*, ovvero intervista sull'episodio comportamentale. Essa consiste nel chiedere all'intervistato di raccontare in che modo si sono affrontati alcuni episodi di successo e di insuccesso descrivendo dettagliatamente cosa ha portato alla situazione, chi vi era coinvolto, cosa è stato fatto, come è stato fatto, come ci si sentiva;
- identificazione dei *tasks* e competenze richieste dal *job*. È la fase vera e propria di costruzione del Modello di Competenze. Il materiale registrato nel corso dell'intervista viene analizzato tematicamente per evidenziare cosa distingue i talenti identificati come "*best performer*" dagli altri. Queste differenze vengono tradotte in definizioni di caratteristiche intrinseche delle persone intervistate. Tali caratteristiche formano un modello di competenze che viene applicato a tutta la popolazione aziendale per valutare la corrispondenza o meno alle caratteristiche dei «migliori»;
- validazione statistica del Modello di Competenze (individuazione di un secondo campione di lavoratori);
- applicazione del modello alla pianificazione e allo sviluppo delle risorse umane (processi di selezione, formazione, sviluppo professionale, valutazione delle prestazioni, pianificazione delle successioni, potenziale, politiche retributive). In questo modo, il modello applicato si traduce in uno strumento strategico e operativo per la gestione delle risorse umane.

Descritto in questo modo, lo sviluppo di un modello delle competenze costituisce una rilevazione delle *best performances*, strutturata al fine di poter stendere elenchi di competenze e disporre di standard di riferimento.

Infatti, seppur concepito per la gestione, pianificazione e valorizzazione di tutto il patrimonio di competenze individuali disponibili all'interno dell'organizzazione, il modello delle competenze appare efficace e adatto soprattutto se applicato all'élite dei *best performer*, nei confronti dei quali è in grado di suggerire efficaci piani di sviluppo e strategie di gestione e *retention*.

*L'evoluzione delle competenze gestionali in sanità a cura di Maria Giulia Marini**La ristrettezza delle risorse*

L'organizzazione mondiale della salute (*World Health Organization* – WHO) ha promosso nel 2007 un incontro tra i paesi del mondo sul tema del finanziamento sostenibile per la salute;¹⁶ il modo in cui un sistema sanitario è finanziato e organizzato è una determinante fondamentale della salute e del benessere della popolazione di una nazione.

Sei sono stati i principi concordati che la WHO ritiene debbano essere usati per guidare le risposte delle nazioni:

1. raccogliere ulteriori fondi dove i bisogni di salute sono elevati e le ricchezze attualmente insufficienti;
2. spostare il pagamento individuale dopo l'intervento sanitario verso sistemi di pagamento anticipato da parte della popolazione, impostando quindi una programmazione sanitaria sociale e non una risposta ad una specifica domanda di salute;
3. intraprendere passi successivi per aumentare la protezione sociale assicurando ai gruppi meno abbienti e vulnerabili accesso ai servizi sanitari;
4. aumentare l'efficienza d'uso delle risorse focalizzando l'attenzione su una selezione appropriata delle attività da finanziare, comperando le risorse in modo oculato e sottoscrivendo contratti con altri partner non governativi;
5. promuovere la trasparenza e la responsabilità nei sistemi di finanziamento sanitari;
6. migliorare la produzione e l'uso delle informazioni nei sistemi sanitari di finanziamento per modificare, quando necessario, le politiche di finanziamento.

Questa premessa che riguarda la questione mondiale della salute in un contesto di risorse scarse, proprio perché parte dalla WHO – massima istituzione nell'orientare l'offerta sanitaria – riguarda tutti gli attori coinvolti nell'erogare salute, le nazioni e le organizzazioni interne, sia quelle del settore pubblico come quelle del settore privato.

C'è sufficiente ricchezza per dare salute? Una risposta si può trovare nei risultati di indicatori epidemiologici come mortalità, mortalità infantile e speranza di vita. Perlomeno nei paesi occidentalizzati i dati sono confortanti.¹⁷ Ma proprio perché si è allungata la “speranza di vita” aumenteranno i costi da sostenere per dare salute ai più anziani. Ecco

¹⁶ www.who.org: *Mapping of available tools and guidelines to strengthen health financing system*, May 2007 Department of Health financing system, WHO.

¹⁷ www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm, *Life tables expentancies by coutry*, 2005.

che si può, e forse si deve, dotarsi di strumenti gestionali tratti dalle le scienze economiche e organizzative. Tra questi, quelli suggeriti sempre dalla WHO, che vi è arrivata soltanto nel 2007, ma prima adottati in UK dal National Institute for Clinical Excellence¹⁸ e dalle Health Maintenance Organization¹⁹ negli USA vi sono le analisi economico-sanitarie con la ricerca delle “evidenze”. Non è possibile **finanziare in sanità alcuna prestazione per la quale non c’è evidenza della sua efficacia o nella cura della persona o nel miglioramento della qualità della vita** (ma la qualità della vita è priorità considerata secondaria rispetto alla cura della malattia: acquista invece una posizione più nobile quando affrontiamo il tema dell’assistenza alle persone con disabilità cronica, a fine vita). È sulle evidenze che sono scritte le linee guida, i sentieri che il professionista sanitario segue nella scelta dell’offerta sanitaria. Se non vi è evidenza, non c’è sostenibilità finanziaria: **l’assenza di prova scientifica non è più solo una questione di natura clinica ma di natura economica**. E dato che le linee guida sono disegnate su algoritmi di evidenze cliniche,²⁰ ciò che non è contemplato all’interno di questi percorsi non può essere scelto, a meno che non sia necessaria una personalizzazione della terapia del paziente. È proprio questo ciò che pone in difficoltà i managers delle aziende delle organizzazioni sanitarie: *qui non si producono Ford, né Toyota e Motorola,²¹ ma si ha a che fare quotidianamente con l’imponderabilità della risposta dei pazienti. Le statistiche delle evidenze aiutano a definire le macroprobabilità di risposta in una popolazione, in una casistica, in un certo gruppo di pazienti ma possono sfuggire persino alla probabilità se applicate al singolo caso.*

La spesa in salute

La spesa in salute è parametrata in accordo al prodotto interno lordo della nazione. Tale spesa è la somma del totale della spesa pubblica come di quella privata del paese. Se il prodotto interno lordo di una nazione è a crescita zero, dato il tasso di svalutazione del denaro nel tempo, benché il rapporto percentuale della spesa sul PIL rimane più o meno stabile negli anni, vi sono meno risorse assolute per coprire la spesa sanitaria.

¹⁸ <http://www.nice.org.uk/>, NICE is an independent organisation responsible for providing national guidance on promoting good health and preventing and treating ill health, UK, 2008.

¹⁹ <http://www.cdc.gov/nchs/dataawh/nchsdefs/hmo.htm>, National Center for Health Statistics, 2007.

²⁰ <http://www.pnlg.it/>, Programma nazionale linee guida, 2008.

²¹ TERRY YOUNG et al., British Medical Journal, Using Industrial Process to improve patients care, 2004.

La ricerca desk

Paese	Percentuale sul prodotto interno lordo %
Italia	8.7
USA	15.3
Giappone	8.0
Regno Unito	8.1
Svezia	9.1
Germania	10.6
Francia	10.5
Spagna	8.1

Tabella 2: Spesa in salute per Paese. (Fonte OECD 2006).

Tale percentuale di “investimento economico” in salute va rapportato con l’aspettativa di vita del paese:

Paese	Aspettativa di vita – anni
Italia	79.7
USA	77.5
Giappone	82.1
Regno Unito	78.5
Svezia	80.6
Germania	78.6
Francia	80.3
Spagna	80.5

Tabella 3: Percentuale di “investimento economico” in rapporto all’aspettativa di vita. (Fonte OECD 2006).

Tranne il caso deviante degli Stati Uniti, paese in cui emerge che la speranza di vita non è direttamente proporzionale alla quantità di denaro investito in sanità sia privata che pubblica e dove sappiamo che la programmazione sanitaria è frammentata e parziale, possiamo osservare che i paesi Europei si equivalgono nei risultati ottenuti poggiando su sistemi sanitari relativamente simili. Previsioni future indicano che a fronte della popolazione che invecchia si potrà arrivare a spendere anche fino al 27% nel 2065 della ricchezza interna lorda in salute: la proiezione è antica, del 1994²² ma è proprio su questa ondata di consapevolezza e paura di quanto sarebbe costata la salute al pianeta che si è desiderato “razionalizzare” nella percentuale di spesa sul prodotto interno lordo.

Il fuoco sulla necessaria razionalizzazione delle risorse nei sistemi sanitari che ha investito i paesi occidentalizzati a partire dai primi anni '80 ha comportato una chiamata verso l'incremento di efficienza, soprattutto nelle strutture pubbliche. Queste ultime, in Italia, sono state responsabilizzate dal '92²³ a illustrare con trasparenza la propria attività nel fornire salute: le organizzazioni sanitarie pubbliche in Italia hanno dal '92 infatti l'obbligo del pareggio di bilancio, ovvero del proprio mantenimento. Le strutture sanitarie private in Italia sono sussidiarie al sistema pubblico, secondo piani sanitari nazionali in vigore.

Questi potrebbero essere strumenti per una corretta gestione dell'organizzazione sanitaria in Italia:

- l'inserimento della propria offerta di salute nei piani delle Regioni, scritti sulla base degli accordi della Conferenza Stato Regioni per **evitare differenze in qualità e quantità** di salute erogata tra le Regioni a fronte della domanda di salute;
- il raggiungimento del pareggio e **la trasparenza di bilancio in caso di struttura pubblica**, con una definizione più accurata delle voci di spesa, verso una più facile rintracciabilità sui beni e servizi acquistati;
- **l'accentramento dei diversi reparti in strutture complesse** e dipartimenti (dipartimentalizzazione) con snellimento del numero di dirigenti di struttura complessa;
- una **gestione centralizzata degli acquisti** che permetta al contempo economie di scala e personalizzazione finale del bene acquistato;
- l'introduzione delle **linee guida come strumenti chiave** per valutare l'appropriatezza

²² WASCHAWSKY, Health Service Research, 1994.

²³ Decreto legge della repubblica italiana, 502/92.

- dell'intervento della gestione per **processi diagnostico terapeutici armonizzati**;
- il perseguimento di una cultura della qualità – Joint Commission International o Certificazioni ISO, attraverso una **cultura del controllo** vissuto come strumento di revisione e sostegno e non di punizione;
 - la **formazione continua ai professionisti sanitari** sia rispetto alle novità scientifiche, cliniche e tecnologiche sia rispetto alla gestione ordinaria della propria realtà di lavoro;
 - la creazione di una **piattaforma informativa** capace di aggregare dati clinici, economici, organizzativi, e di qualità percepita in modo tale da potere costruire Balanced Score Card di andamento dell'organizzazione;
 - la sensibilizzazione alla cultura di prevenzione, segnalazione e apprendimento dall'errore per la **minimizzazione dei rischi**;
 - **l'attenzione all'utenza che da soggetto passivo diventa co-progettatore** del proprio intervento di cura, in trasparenza, fiducia e nell'evitamento dell'asimmetria informativa tra professionisti sanitari e utenti.

Oramai le diverse strutture sanitarie pubbliche e private, con passo differente, sono in fase di applicazione di pochi o molteplici tra i fattori di miglioramento organizzativo sopra elencati.

Governance con i professionisti sanitari, processo e percorso

I punti di cui sopra rientrano in una buona governance (*government + alliance*) dell'organizzazione sanitaria²⁴ che prevede l'efficacia clinica, il controllo dell'uso delle risorse, la filosofia del miglioramento continuo di qualità, la gestione del rischio, la comunicazione, il punto di vista dell'utente e l'organizzazione che apprende. Se gli ambiti d'attenzione sono efficacia, efficienza, sicurezza, qualità ed economicità, la *governance* si differenzia dal *government* perché come metodologia di perseguimento di buona sanità vi è continua condivisione tra il top management, i professionisti sanitari e l'utenza. Mentre il governo in sanità è caratterizzato da un flusso monodirezionale, la *governance* prevede un flusso bidirezionale dal *top* verso il *down* e dal *bottom* verso l'*up*.²⁵ Con maggiore enfasi soprattutto al flusso che proviene dalla base. Nei pilasti affrontati dalla *governance* vi è l'armonizzazione dell'erogazione della cura per rivedere i processi dedicati a soddisfare il bisogno di salute.

²⁴ DAMIAN JENKINSON, Clinical Governance Support Team of National Health Service, 2006.

²⁵ CHANDRA VANU, *Clinical Governance*, A fresh look at its definition, 2004.

Da un pensiero artigianale (prima e durante gli anni '80) con “saperi” meno parcellizzati e frammentati si è passati ad un pensiero organizzativo “industriale” preparato ad accogliere e far fronte al numero di prestazioni in crescita. Il passaggio che ha condotto alla riorganizzazione per processi, modello culturale che si è diffuso dagli anni '90²⁶ in poi, ha comportato l'applicazione di una metodologia di lavoro rigorosa, sintetizzabile nelle cinque azioni fondamentali:

- analisi del processo “abituale” nel dare salute;
- revisione delle criticità;
- definizione degli obiettivi di trasformazione;
- concertazione delle azioni trasformative;
- misura, attraverso un sistema di indicatori, di efficacia, efficienza e qualità del processo rivisitato.

Questo metodo – tratto dal *business process reengineering* – è applicabile a qualsiasi processo in sanità, da quello più strettamente diagnostico-terapeutico a quello più assistenziale e riabilitativo.

Se il processo viene esaminato partendo dal “viaggio” che fa il paziente attraverso le diverse strutture che erogano assistenza sanitaria, ospedaliera, territoriali ed entrambe ospedaliera-territoriali, tale “viaggio” si chiama “percorso diagnostico terapeutico”. Rispetto al processo, che ricalca il punto di vista del professionista sanitario, il percorso invece rappresenta il punto di vista del paziente.

La prima evoluzione delle competenze gestionali in sanità è rappresentata dalla sfida del lavoro per processi (si organizza l'assistenza dall'alto, in un pensiero organizzativo top-down) a quello per percorsi attraversati dai pazienti quando ricevono assistenza. Un buon percorso è un “viaggio organizzato” dove le azioni di cura vengono **effettuate in modo appropriato da un operatore, al tempo giusto ed una sola volta** (definizione tratta dal sistema di *Total Quality Management* (TQM)).²⁷ Esaminando con maggiore accuratezza la definizione tratta dal sistema giapponese di TQM incontriamo un limite: l'uso al singolare della parola “operatore”. L'organizzazione in sanità si sta avviando verso la realizzazione di attività multidisciplinari e in *équipe*: è vero che i sistemi organizzati hanno bisogno di chiarezza di ruoli e di definizione di *chi fa cosa*, ma durante, ad esempio un intervento chirurgico, più competenze stanno attorno al paziente: l'anestesista che tiene sotto

²⁶ MICHAEL HAMMER, *Harvard Business Review*, Business Process Reengineering, 1990.

²⁷ ENGLEWOOD CLIFFS, *New Jersey, Prentice-Hall*, ISHIKAWA, K., What is Total Quality Control? The Japanese way, 1985.

controllo le funzioni vitali, il chirurgo che procede con l'operazione, l'infermiera che prepara nello stesso momento i farmaci. Allora, se volessimo rivedere la definizione di TQM, dovremmo cesellarla ulteriormente: le **giuste azioni di cura** vengono effettuate in un sistema **con uno o più operatori sanitari**, ciascuno con un ruolo chiaro e pre-assegnato, al tempo giusto e una sola volta.

L'appropriatezza della cura

La giusta azione può essere rappresentata, ad esempio, da un appropriato processo diagnostico, un corretto intervento chirurgico o ad una prescrizione idonea del farmaco. Una ricerca pubblicata nel 2005 sul *British Medical Journal* indica che le reazioni avverse da farmaci possono indurre dal 5 al 17% delle ospedalizzazioni.²⁸ Gli anziani spesso ricevono trattamenti diversi da quelli suggeriti dalle linee guida. C'è il rischio di prescrivere negli anziani un dosaggio troppo elevato che non tiene conto del declino delle funzioni vitali per eliminare i farmaci: lo scarso coordinamento nel passaggio di consegne tra i diversi professionisti, soprattutto tra medici ospedalieri e di territorio conduce alla prescrizione di cure non appropriate, troppo orientate ancora all'episodio acuto trattato in ospedale e poco di larghi orizzonti verso una buona gestione della cronicità. Questo caso di inappropriately delle cure non solo è sintomatico di competenza carente da parte dei medici prescrittori ma anche di un **collegamento malfunzionante** tra i diversi professionisti che invece si dovrebbero susseguire in **continuità assistenziale** per il paziente.

La buona gestione di un'organizzazione sanitaria affronta il tema dell'aggiornamento delle competenze attraverso la valutazione di come le linee guida siano *applicabili* nel proprio contesto e di conseguenza *applicate*.²⁹ Le linee guida sono indicazioni dinamiche di orientamento concordate da società scientifiche su base consensuale da evidenze che derivano da studi clinici ed epidemiologici che definiscono "chi deve fare cosa con quali risorse entro quanto tempo": i diversi sistemi sanitari appoggiano l'ingresso delle linee guida come sistemi razionalizzanti le prassi di cura. In termini gestionali, le linee guida hanno impatto organizzativo in quanto i centri di cura che le adottano rivedono il loro modo di intervenire sull'assistenza e ridefiniscono ruoli e responsabilità assegnate. In

²⁸ SPINOWINE ANNE et al., *British Medical Journal*, Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: qualitative study, 2005.

²⁹ MARINI MARIA GIULIA, *Management della Sanità*, Linee guida: luci e ombre sulla loro applicazione nella gestione della cura, 2007.

alcuni paesi, sia a finanziamento pubblico (UK) che privato (USA) le linee guida hanno impatto economico in quanto il professionista di cura e l'organizzazione sanitaria per essere rimborsata dall'ente pagante – istituzione pubblica o assicurazione – deve dimostrare di avere seguito le linee guida. In caso di deviazione dalla prassi, questa sarà registrata e valutata per accedere al rimborso. In Italia, il Programma Nazionale Linee Guida dell'Agenzia dei Servizi Regionali desidera far cultura sull'uso delle linee guida come promotrici della qualità dell'assistenza, con inferiore enfasi agli aspetti economici.

L'appropriatezza del luogo di cura

Nella definizione di qualità totale, vediamo che un altro assente è lo spazio dove si fornisce la cura. Entra in gioco un ulteriore criterio di raffinamento: l'appropriatezza del luogo di cura.

Buone competenze gestionali devono affrontare il tema dei criteri di intervento sanitario; è da definire in “urgenza” la questione del “dentro e fuori dall'ospedale” – ospedale come struttura per acuti e che, conseguentemente, deve trattare l'acuzie e territorio, con il paziente a casa sua, come luogo per la prima diagnosi, per la gestione delle malattie non “riacutizzate”, per la riabilitazione. In seconda istanza l'appropriatezza d'uso delle risorse all'interno dell'ospedale: pazienti assegnati a dipartimenti non appropriati per disponibilità di posto letto in quanto il criterio d'assegnazione non è sufficientemente strutturato e organizzato ma più casuale e di autogenerazione: vale la regola del primo posto letto che si libera.³⁰

L'evoluzione organizzativa deve quindi andare verso una migliore programmazione e gestione delle liste d'attesa e del sistema dell'emergenza urgenza.³¹ Ad oggi i tempi di lista d'attesa sono mediamente più lunghi di quelli suggeriti dalle raccomandazioni che orientano il fare dei professionisti sanitari verso l'eccellenza. Durante il tempo d'attesa il paziente può rimanere stabile ma può anche peggiorare: una corretta gestione previene il peggioramento del paziente.

Il vincolo strutturale che viene riportato è quello dell'impossibilità di aprire nuovi posti letto in alcune unità operative specialistiche come ad esempio l'oncologia e le unità spi-

³⁰ SUSAN L. et al., *Journal of American Medical Association*, Effectiveness of Team-Managed Home-Based Primary Care: A Randomized Multicenter Trial, 2000.

³¹ HARALD BUHAUG, *British Medical Journal*, Long waiting lists in hospitals, 2002

nali. Come attrezzarsi se il paziente necessita di un ricovero ospedaliero? Vi sono dei modelli organizzativi in cui non è il paziente che viene ricoverato nell'unità specialistica, ma i professionisti sanitari *si muovono attorno al paziente*. L'ospedale aperto può essere una risposta. Aperto a tal punto che le barriere architettoniche sono minime, i sistemi diagnostici sono mobili e il personale sanitario ruota all'interno della struttura nei diversi reparti. Si muove l'*équipe* di medici, infermieri e operatori sanitari verso il reparto dove è ricoverato il paziente. A questo punto leggiamo l'appropriatezza in due sensi: non è più vero il paradigma assoluto che il paziente si deve trovare nel luogo specifico dove ricevere la cura, ma possono anche essere i professionisti sanitari a dover essere dove è il paziente, ovvero dove c'è possibilità di "ospitare" la persona malata. Aperto a tal punto che l'ospedale stesso può andare a casa del malato, soprattutto se nel territorio la medicina di famiglia non riesce a far fronte alla domanda di salute. E infatti, l'ospedalizzazione domiciliare è in crescita, le *équipe* ospedaliere vanno a casa dei pazienti per la cura dei pazienti anziani fragili, dei malati di tumore, dei pazienti con malattie respiratorie. L'ospedale stesso garantisce la continuità assistenziale.

Il rischio clinico e la memoria dell'errore

Organizzare una *trasferta* di professionisti all'interno e all'esterno della struttura sanitaria significa alzare la soglia del rischio d'errore. Affrontare carichi di lavoro più elevati per aumentare l'efficienza dell'organizzazione sanitaria comporta l'innalzamento della soglia del rischio d'errore. È quanto sta succedendo oggi alla sanità sia pubblica che privata: la compressione dei tempi, la misura a cronometro della durata degli interventi, la necessità di far ruotare i posti letto per aumentare la soddisfazione della domanda – e al contempo per aumentare la produttività che è la fonte di rimborso dai sistemi paganti – pongono i professionisti sanitari a lavorare in contesti di scarse risorse, dove la risorsa più scarsa è il tempo. Vi sono sistemi organizzativi più intelligenti e protettivi nell'evitare l'errore³² (a modello l'industria aerospaziale) e altri modelli più fragili, cosiddetti sistemi vulnerabili. La sanità è sistema vulnerabile perché già il paziente stesso è vulnerabile. Non solo, la sanità è un sistema vulnerabile in quanto la auspicata multidisciplinarietà, ovvero la convivenza all'interno dell'*équipe* sul caso, comporta la necessità di comprendere nelle diverse professioni e nel creare un linguaggio comune che permetta una efficace trasmissione delle informazioni. Le nuove tecnologie, i nuovi farmaci, vanno ad

³² *New England Journal of Medicine*, A Broader Concept of Medical Errors., Lee, T. H., 2002.

accumularsi spesso a quelli già presenti ed esistono periodi di sovrapposizione tra una prassi vecchia ed una prassi nuova, generando confusione ed errore.³³

I professionisti sanitari non solo provengono da specialità diverse ma anche da paesi diversi e questo vale soprattutto per infermieri ed operatori sanitari: la definizione del *kit* di competenze necessarie al diploma degli infermieri non è così standardizzato tra paesi. La non conoscenza di procedure, pratiche e prodotti può portare ad errare. L'organizzazione che "apprende" (*learning organization*) decide di non rimuovere l'errore ma anzi di dedicare tempo apposito alla segnalazione ed alla rielaborazione di cosa si avrebbe potuto fare per evitarlo.

Alcune responsabilità sono più generali, del sistema organizzativo che definisce tempi, carichi di lavoro e stabilisce i tetti di produzione ma altre responsabilità sono invece dirette ai professionisti sanitari, vale a dire, conoscere i farmaci, sapere eseguire una procedura manuale, assegnare il referto al paziente che ne è "proprietario". Ed è anche responsabilità degli stessi professionisti sanitari, a fronte di richieste di produttività esagerata e inappropriata imparare a negoziare con la direzione, in un approccio di vera *governance* partecipata, tempi e modi corretti perché la qualità della salute erogata non sia a rischio. Il ritardo di riallineamento organizzativo da parte dei vertici istituzionali nelle questioni legate alla sicurezza è provato in letteratura,³⁴ per cui una buona direzione può invece favorire lo spazio di negoziazione su volumi, tempi e modi con i professionisti sanitari che essendo direttamente coinvolti in prima linea – con i pazienti – dispongono di maggiori spie per comprendere se si sta procedendo a rischio o in sicurezza.

Verso l'utente: la realizzazione estesa della governance

Riprendendo il significato della parola, l'*alliance* – alleanza – non è solo tra i professionisti sanitari e la direzione, ma tra direzione, medici, infermieri e altre professioni sanitarie e l'utenza. Se fino a qualche decennio fa il punto di vista del paziente non era tenuto in considerazione, anzi le notizie venivano – tranne le dovute eccezioni – comunicate in modo frettoloso e non solidale con la persona "fragile" in quanto malata, oggi questo approccio è inaccettabile. Non sono solo motivazioni di carattere etico, legale, e politico, ma anche di natura economica: un paziente che non si sente accolto in Italia ha la possi-

³³ NATIONAL ACADEMY PRESS, To Err is Human Building a Safer Health System, Linda Kohn et al., Institute of Medicine, 2001.

³⁴ BARRY A. TURNER – NICK F. PIDGEON, Edizioni di Comunità, Disastri: Dinamiche organizzative e responsabilità umane, 2001.

bilità di scegliersi altro luogo di cura e medico curante. Il “cliente” di fatto smette di essere consumatore presso “un fornitore” e cambia fornitore.

Dal marketing si sono mutuati i questionari di qualità percepita,³⁵ strumenti volti ad indagare la soddisfazione dell’utente rispetto a come si sia svolta (in caso di prestazione in regime per acuti) o come si stia attuando (in caso di prestazioni in situazioni di cronicità) la cura. Così pensato è un questionario d’ascolto, dove l’utente ha la possibilità di segnalare i punti di forza e i punti di debolezza dell’assistenza ricevuta.

L’obbligo del questionario di valutazione da parte dell’utenza è un traguardo nato dalle certificazioni di qualità.³⁶ Da una situazione di non ascolto, oggi la sanità sta imparando ad ascoltare la propria utenza.

Ma se desideriamo andare verso l’eccellenza ecco che la buona gestione di un’organizzazione sanitaria può andare oltre al questionario di qualità percepita: può istituire dei *focus group* permanenti di pazienti, persone con condizione di disabilità e familiari, presso le organizzazioni sanitarie di appartenenza. Questa prassi è effettuata per legge in UK e in Italia ad oggi in qualche regione, ma non per obbligo legale.

Dall’ascolto del paziente si può andare verso una co-progettazione attiva tra professionista sanitario e paziente: anche così sarà possibile favorire l’incontro tra domande dei pazienti e risposta di salute.³⁷ Così sarà possibile dire no ai bisogni secondari dei pazienti, a partire da un senso di responsabilizzazione collettiva sull’uso delle risorse: e su questa via, sarà possibile costruire l’alleanza terapeutica, soprattutto in caso di lunghe malattie croniche, dove l’alleanza stessa potrà essere fonte di benessere.

Una buona gestione sanitaria apre quindi alla voce dell’utenza, ma si prepara al confronto autentico, anche se inizialmente può essere faticoso e non desiderato: incoraggia quindi i suoi professionisti affinché il punto di vista dell’utente non sia svalutato ma sia considerato come una possibile bussola d’orientamento. E istruisce i professionisti tutti – non solo quelli del *Customer Care* – a costruire relazioni efficaci con l’utenza.

³⁵ PARASURAMAN et al., *Journal of Marketing*, A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, 1985.

³⁶ JOHN ØVRETVEIT AND DAVID GUSTAFSON, *British Medical Journal*, Improving the quality of health care: Using research to inform quality programmes, 2003.

³⁷ GIORGIA ANDREOLI et al., *Management della sanità*, Progettare con il Paziente, 2007.

Competenti nell'anima: le competenze relazionali a cura di Alessandra Cosso

Che cosa si intende per competenze trasversali o relazionali? Si tratta di capacità professionali che in qualche modo non sono riferibili all'ambito organizzativo in quanto tale, ma che fanno leva su di una gestione capace e intelligente, potremmo dire "illuminata" delle relazioni interpersonali.

Alcune di tali competenze, come **la capacità di "fare squadra"** o di **comunicare in modo efficace** sono valide in qualsiasi situazione organizzativa. Tuttavia l'ambiente sanitario è strutturalmente più sensibile alla necessità di pratiche che in qualche modo favoriscano la capacità di prendersi cura dell'altro in modo adeguato ai suoi bisogni e alle sue aspettative – se realistiche –. Non solo: la presenza in ambiente sanitario di team interdisciplinari che devono collaborare rende questo tipo di capacità ancora più preziose.

In questo stesso senso vanno lette competenze come la **gestione dello stress** e la **capacità di conciliare** il lavoro con la vita privata, un tema particolarmente sensibile per le donne medico e le infermiere.

Un discorso a parte meritano invece le cosiddette **competenze culturali e linguistiche**, divenute anche in Italia fondamentali per via della forte immigrazione degli ultimi anni: il fenomeno ha portato negli ospedali italiani un'alta percentuale di pazienti provenienti da Paesi extracomunitari, ma anche numerosi lavoratori stranieri – soprattutto tra il personale infermieristico –. È evidente, alla luce di questo, che per una efficace comunicazione medico-paziente e per evitare il rischio di errore la possibilità di parlare la stessa lingua e di conoscere la cultura dell'interlocutore sia fondamentale.

Una competenza poco considerata in Italia ma che è stata oggetto di interessanti studi all'estero è il **mentoring**, ovvero la capacità da parte dei professionisti *senior* di affiancare un collega più giovane per aiutarlo a crescere professionalmente. Gli studi hanno dimostrato che questa competenza ha non poca influenza sul funzionamento della struttura sanitaria in cui viene applicata e suggeriscono delle azioni specifiche per favorirla. Strettamente collegata al **mentoring** è la capacità di dare **feedback**, cui diamo qualche accenno alla fine del capitolo.

Questo breve *excursus* nella letteratura straniera esistente sulle competenze trasversali ci aiuta a tracciare una mappa di riferimento confrontabile con la realtà italiana. Gli scenari saranno in parte diversi, certamente non sovrapponibili, tuttavia sarà possibile trarre

spunti e suggerimenti importanti dall'esperienza altrui, identificare quali, tra le competenze trasversali riportate dalla letteratura, possano rivelarsi strategiche per l'organizzazione e quali siano già presenti, in qualche caso centrali, all'organizzazione stessa.

Comunicare bene, saper fare squadra: due veri e propri golden skills

Le organizzazioni da tempo stanno lavorando per educare il proprio personale sanitario e amministrativo agli aspetti positivi di una comunicazione efficace, senza la quale non è possibile una fattiva collaborazione nella direzione dell'attività core di una struttura sanitaria, cioè la cura dei pazienti. La capacità più importante in questo senso è **sapere ascoltare**, fatto particolarmente difficile quando il personale proviene da mondi molto lontani come avviene tra medici e *manager* sanitari, divisi da formazione, attitudine e percezione nei confronti del proprio lavoro.

Per questo per una comunicazione efficace è necessario che le parti facciano uno sforzo di buona fede per comprendere il punto di vista dell'altro. L'esperienza del *Women's Hospital* a Baton Rouge, Louisiana, ci dà interessanti indicazioni in merito. La struttura ha infatti sperimentato un modello di quattro elementi per rendere efficace la comunicazione:³⁸

- attivazione di momenti di comunicazione su base fissa (per esempio, riunioni dello staff ogni mese);
- la possibilità di adottare modalità speciali quando necessario: l'ospedale in esame ha affrontato così l'uragano Katrina con riunioni straordinarie su base molto frequente, fatto che ha permesso di fare evacuare 121 bambini, molti dei quali in condizioni critiche, dagli ospedali di New Orleans;
- saper approfittare di occasioni impreviste per comunicare anche senza un motivo specifico, a volte bastano un saluto, un interessamento per migliorare i rapporti tra le persone;
- nei casi in cui i medici assumono ruoli amministrativi, devono chiarire i ruoli di comunicazione con il personale amministrativo: chi si occupa di comunicare con lo staff medico, per esempio?

³⁸ J. HEAUSER AND P. PRESTON, Ph.D; Communication Strategies that Get Results, in *Healthcare Executive*, Jul/Aug 2006.

Inoltre è stato messo a punto un modello di strategia comunicativa per ottenere la massima collaborazione:

- una valutazione dello stato delle comunicazioni e delle relazioni tra l’ospedale e lo staff medico;
- progettare un sistema di comunicazione ad hoc per quella struttura;
- controllare e misurare come il sistema funziona nel tempo attraverso strumenti come il *feedback*. Il *Women’s Hospital* ha stabilito di chiedere annualmente ai medici se ritengono che venga loro messo a disposizione quanto serve perché possano fare bene il loro lavoro.

È ormai un assunto che in **ambito sanitario è un dovere saper comunicare**: questa competenza include non solo i rapporti tra i colleghi ma anche quelli con i pazienti.

Ma qual è il costo di una cattiva comunicazione, si chiede uno studio del 2004?³⁹ E quali sono i segreti per instaurare un dialogo efficace? In primo luogo, conoscere il **FOR**, *Frame of Reference*, il quadro di riferimento dell’interlocutore. Ovvero la sua prospettiva, il suo punto di vista: in particolare tra medici e amministrativi è fondamentale comprendere la differenza di prospettiva tra le parti, altrimenti un processo di negoziazione risulta impossibile. Comprendere il FOR richiede tre passi fondamentali:

- preparare un contesto: “facciamo in modo di comprendere sin dall’inizio i nostri punti di vista”;
- accordarsi su una dichiarazione di intenti forte: “Il nostro scopo è trovare le migliori soluzioni per questi problemi”;
- articolare il modo in cui si pensa che l’altra parte percepisca la questione e chiedere a ciascun membro del gruppo di esprimere la questione da un altro punto di vista.

Lavorare in squadra alla comprensione del FOR amplia il punto di vista di tutti e rende più facile raggiungere un accordo condiviso. Un altro modo per assicurare un buon rendimento di gruppo è non aver paura di affrontare le questioni più delicate e spinose e, anzi, obbligarci a farlo periodicamente seguendo alcune regole:

³⁹ LAWRENCE S. LEVIN, Ph.D, *Aligning the Stars: Creating Dialogue Within Healthcare Teams*, Healthcare Executive, Mar/Apr 2004.

- voler affrontare questioni difficili;
- concentrarsi sulla cultura del cambiamento;
- concentrarsi sul processo oltre che sul contenuto;
- essere in equilibrio tra gli elementi hard (strategie competitive e miglioramento dell'efficienza) e soft (dinamiche e *team building*) del lavoro di squadra;
- avere un facilitatore preparato;
- organizzare incontri continui non lontani nel tempo;
- sapersi divertire, il divertimento rafforza i legami e rende più facile il lavoro.

Secondo uno studio australiano del 2005⁴⁰ nelle strutture sanitarie in particolare sono le **squadre flessibili e auto-gestite** quelle nella posizione migliore per gestire la crescente complessità e frammentazione dei servizi sanitari. Il modello di team applicato è quello dei CoP (*Communities of Practice*) ovvero gruppi fortemente orientati alla pratica. Sarebbe infatti la concretezza e l'attenersi agli ambiti empirici dell'apprendimento e del cambiamento attraverso la partecipazione, la conoscenza e l'ampliamento dei confini operativi il segreto del loro successo. Riportare la **comunicazione sulla pratica e non su concetti psicologici astratti e orientarsi al fare**: sono questi i segreti per ottenere gruppi di lavoro flessibili, autonomi e in grado di gestire la complessità del mondo sanitario.

In particolare nel caso – molto frequente – in cui nel gruppo di lavoro siano presenti sia medici sia infermieri (cioè professioni appartenenti a famiglie professionali diverse) implementare la capacità di lavorare in squadra è fondamentale. Dobbiamo tenere conto che queste due professioni non sono per nulla statiche ma stanno evolvendo nel tempo e che i **rispettivi ruoli si stanno modificando** con l'innovazione delle tecnologie mediche e delle organizzazioni nelle strutture. La conseguenza è un aumento delle tensioni tra i due ambiti e, quindi, la necessità di disporre di strategie per migliorare la comunicazione e la collaborazione tra medici e infermieri.⁴¹

La **capacità di mediazione** e di **accettare il cambiamento** sono altre due qualità che la letteratura riporta come fondamentali in ambito sanitario. La prima è utile nella gestione delle relazioni all'interno dell'organizzazione, specie quando professionisti appartenenti

⁴⁰ RICK EDEMA, SHANNON MEYERKORT AND LES WHITE, Centre for Clinical Governance Research in Health, University of South Wales, Australia, Emergent Modes of Work and Communities of Practice, Health Services Management Research, Feb 2005.

⁴¹ BARBARA LETOURNEAU, MD, Physician and Nurses: Friends or Foes?, Journal of Healthcare management, Jan/Feb 2004.

ad ambiti diversi debbono interagire o collaborare. Ma è fondamentale anche nella gestione della comunicazione col paziente e con i familiari e nel risolvere i conflitti in caso di errore medico.⁴²

L'adattabilità al cambiamento viene descritta come fondamentale per il *leader* in ambito sanitario, in un settore in cui i tempi di trasformazione sono sempre più incalzanti. In questo senso la *leadership* trasformativa⁴³ che lavora per anticipare il cambiamento, sembra essere quella che meglio affronta le sfide che stanno di fronte ai leader in ambito sanitario.

Quando il tempo è nemico: la gestione dello stress e il tema della conciliazione

Un'analisi della *leadership* trasformativa e del suo rapporto con la gestione delle emozioni è stata fatta da Kent⁴⁴ che evidenzia bene quanto le competenze di *leader* siano legate alla capacità di gestire le proprie emozioni. La tabella che segue riassume e mette in relazione i fattori di *leadership*, i comportamenti e le emozioni correlate.

⁴² CHRISTOPHER GORTON, MD, MHSA, Using Mediation to Resolve Disputes in Health Care, *The Physician Executive*, July/Aug 2005.

⁴³ JOSEPH S. BUJAK, MD, FACP, Health Care Leaders as Agents of Change, *The Physician Executive*, May/June 2005.

⁴⁴ THOMAS W. KENT, Leadership and emotions in health care organizations, *Journal of Health Organization and Management*, 2006.

La ricerca desk

Fattori di leadership	Componenti comportamentali	Componenti emozionali
Migliore visuale	Guardare oltre	Entusiasmo
	Descrive il/la suo/a visione del futuro	Eccitazione “positiva” contagiosa
	Prevede un futuro migliore	Ispirare fiducia
	Ha visione e sogna quello che accadrà	Ottimismo - Eccitazione
	Avere una immagine chiara del futuro	Speranza
Sviluppare il “noi”	Crea senso di appartenenza	Percezione di unione
	Crea spirito di gruppo	Percezione di cooperazione
	Coltivare la collaborazione	Fiducia reciproca
	Creare obiettivi comuni	Senso di appartenenza
	Celebrare i successi del team	Abnegazione
	Creare una identità del gruppo	Accuratezza
		Interesse verso gli altri
Comunicare per significato	Dedicare il tempo che c'è bisogno per spiegare a lui/lei le cose	Calma in opposizione alla frustrazione
	Agire coerentemente con la <i>vision</i>	Focus in opposizione alla noia
	Spiegare perché e cosa lui/lei sta facendo	
	Ascoltare lui/lei quando parlano	
	Parlare dei principali aspetti prima di una decisione	
Gestione di se stessi	Un modello di persistenza e perseveranza	Sensazione di unità o completezza
	Mantenere l'attenzione e la costanza nel perseguire gli obiettivi	Sensazione di obiettivo e autoconsapevolezza
	Senso di auto determinazione e fiducia in se stessi	Integrazione
	Aumentare il livello di energia	
	Percorrere il suo discorso	
	Un modello di cosa lui/lei vogliono che gli altri siano	
Cura e riconoscimento		Provare gratitudine
		Empatia verso gli altri
		Apprezzare i valori degli altri
		Senso di legame con gli altri

Tabella 4: Fattori di leadership, i comportamenti e le emozioni correlate.

La medesima pubblicazione aveva già presentato qualche anno prima⁴⁵ un'analisi dei modelli di comportamento dei *clinician-managers* australiani. L'articolo aveva evidenziato come nel tempo stessero cambiando i loro orientamenti comportamentali (vedi Figura 5).

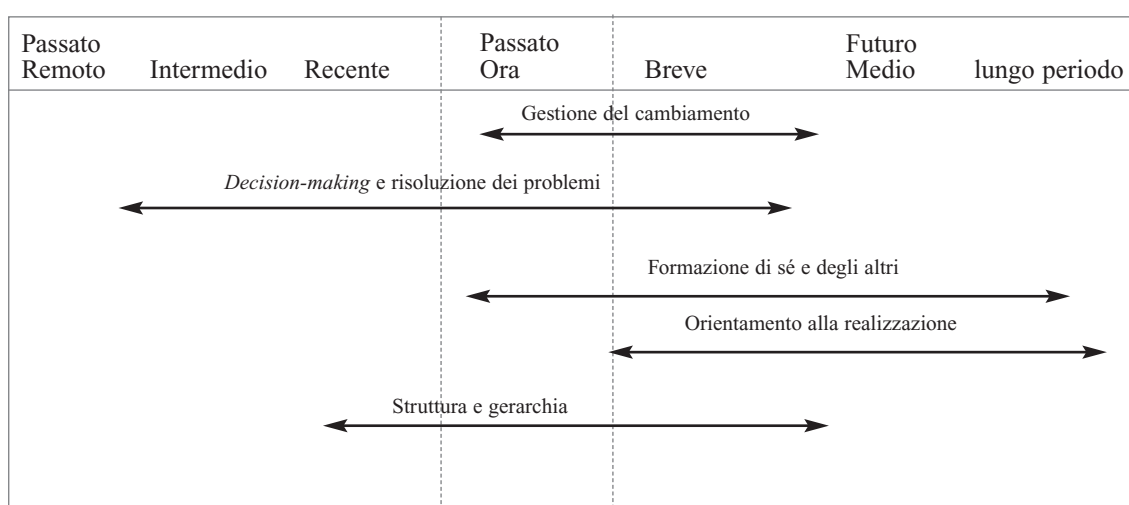


Figura 5

Ancora dal *Journal of Health Organization and Management* citiamo uno studio condotto nel 2006 in Finlandia⁴⁶ che analizza i fattori che i *clinical managers* utilizzano di più nel **prendere decisioni**. La maggior parte degli intervistati ha indicato la propria esperienza professionale come la fonte cui attingere nell'affrontare il processo decisionale e questo a prescindere dalla propria posizione nell'organizzazione.

Eppure il processo decisionale è spesso fonte di **stress** per chi lavora in campo medico, anche se si tratta di professionisti che vengono allenati sin dall'inizio a sopportare elevati livelli di pressione. La gestione dello stress è oggetto di numerosi studi⁴⁷ che elencano possibili strategie per controllare questo "compagno" di lavoro importuno e inopportuno, come combattere il perfezionismo e cambiare gli equilibri dinamici della propria professione e della propria carriera.⁴⁸

⁴⁵ JEFFREY BRAITHWAITE, centre for Clinical Governance research in Health, University of New South Wales, Australia, An empirically based model for clinician-managers' behavioural routines, *Journal of Health Organization and Management*, 2006.

⁴⁶ VIITANEN ELINA, LEHTO JUHANI, TAMPSI-JARVALA TIINA, et al., Doctor-managers as decision makers in hospitals and health centres, *Journal of Health Organization and Management*, 2006.

⁴⁷ MANYA AROUND-THOMAS, MD, Five Keys to Transforming Stress into Success, *The Physician Executive*, Nov/Dec 2006.

⁴⁸ KERNAN MANION, MD, Finding Physician Fulfillment, *The Physician Executive*, Sept/Oct 2005.

Una tematica centrale nel discorso intorno alla gestione dello stress è quella legata alla conciliazione tra la vita privata e quella lavorativa, una questione che in ambito sanitario è particolarmente sentita per le richieste di tempo e di impegno emotivo che le persone incontrano.

Naturalmente sono soprattutto le donne a risentire maggiormente di queste difficoltà nel conciliare le esigenze e gli impegni lavorativi con le esigenze personali e private. Si tratta di un aspetto fondamentale nella misurazione della **qualità della vita**, definita dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità, come l'insieme delle *"individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns"*.⁴⁹

La figura 6 riassume il rapporto tra qualità dell'ambiente e condizioni di lavoro.

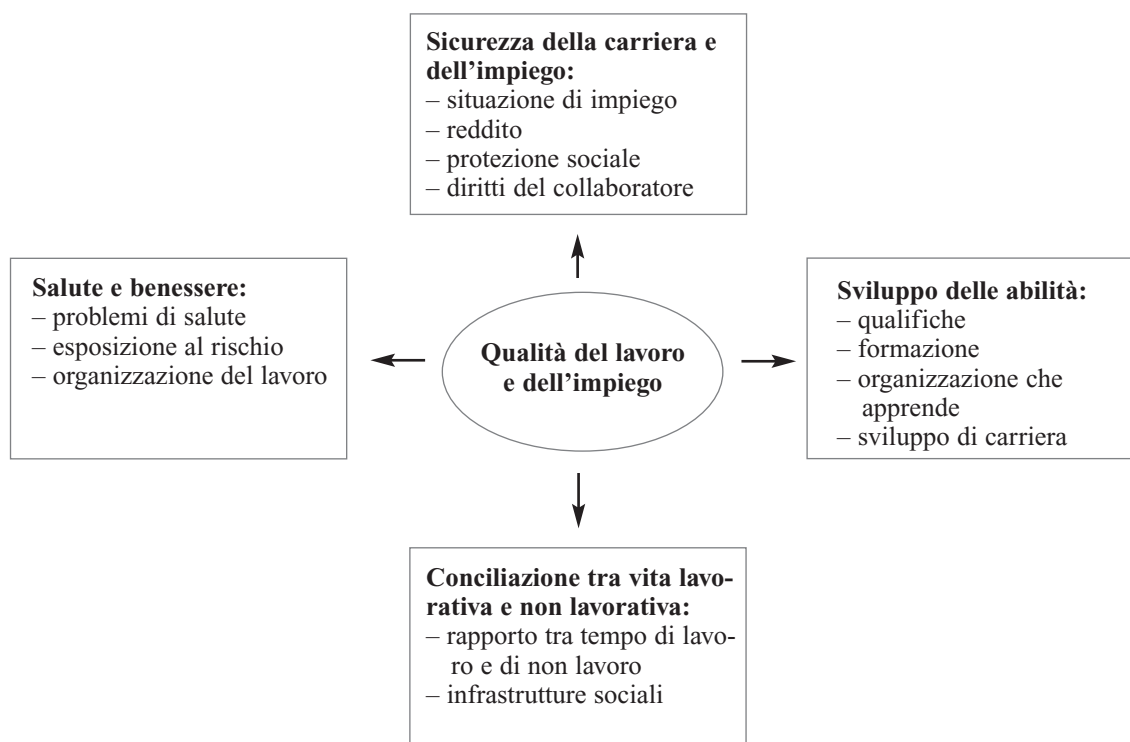


Figura 6: La qualità dell'ambiente e delle condizioni di lavoro. Fonte: *European Foundation for the improvement of living and working condition*, 2002.

⁴⁹ World Health Organization www.who.int

Stressors		Distress Outcomes	
<u>Work Domain</u>	Individual Stress Response (Work-Life Conflict)	<u>Individual Outcomes</u>	Behavioural Substance Abuse Eating Disorders Violence
Physical Demands		Psychological	Depression
Task Demands		Life Satisfaction	Perceived Stress
Work Role Demands		Burnout	Physical Health
Interpersonal Demands			Cardiovascular Disease
Organizational Structure/Culture			Gastrointestinal Disorders
<u>Home Domain</u>			
Family Structure/Relationships			
Dependant Care Demands			
Neighbourhood and Community			
Financial Concerns			
	Modifiers		
	Gender		
	Job Type		
		<u>Organizational Outcomes</u>	Absenteeism Turnover Performance Job Satisfaction Commitment

Sono diverse le strategie individuali per reagire alla difficoltà della conciliazione, spesso caratterizzate da grande creatività, come nel caso di Jane Mischenko, dell'Università di Leeds (UK),⁵¹ una manager del NHS (National Health Service) che ha utilizzato la tecnica di scrittura post-strutturalista per scrivere poesie che raccontassero la sua difficoltà di conciliare il ruolo di manager con la vita personale.

⁵¹ JANE MISCHENKO, *Exhausting management work: conflicting identities*, *Journal of Health organization and management*, 2005.

Uno studio spagnolo⁵² ha valutato invece le **differenze tra uomini e donne** nella capacità di conciliare la vita lavorativa e quella privata e in che modo questo fosse in relazione con il loro stato di salute. Tra le donne, lavorare più di 40 ore la settimana era associato con una percezione di peggioramento dello stato di salute, sintomi psicosomatici e una maggiore probabilità di visite mediche richieste. Per loro, la conciliazione tra vita lavorativa e privata risultava molto difficile, mentre questo non era un problema per i loro colleghi uomini cui era richiesto dalla società un minore impegno familiare.

In altri casi la struttura si attiva, fornendo **strumenti di conciliazione** utili (come asili nido, orari flessibili e così via) e, al tempo stesso, lavorando sulla motivazione del personale infermieristico e sulle pari opportunità. In questo senso hanno lavorato due studi,⁵³⁻⁵⁴ del *Journal of Health Organization and Management*, che hanno dimostrato che la cresciuta complessità delle organizzazioni sanitarie e del lavoro hanno reso ancora più importante il concetto di scopo e significato del lavoro stesso. In questo senso le politiche finalizzate alla conciliazione e ad alleviare il *gender gap* e attivate dalle organizzazioni sanitarie hanno dato buoni risultati, migliorando il clima di lavoro e la percezione della propria vita professionale per le infermiere.

In questo senso vanno anche gli interventi di alcune strutture che hanno scelto di ridisegnare il ruolo delle infermiere perché acquisissero maggiori competenze manageriali⁵⁵ evidenziando al tempo stesso una carenza in questo senso nel sistema formativo.

Dimmi che lingua parli e ti dirò cos'hai: saper colmare la distanza linguistica

La gestione della **diversità linguistica** e del gap culturale: ecco una questione scottante e attualissima per il sistema sanitario italiano. I forti flussi migratori hanno portato nel nostro Paese migliaia di pazienti stranieri che spesso non parlano italiano ma che si rivolgono – tipicamente alle strutture di Pronto Soccorso – alle organizzazioni ospedaliere per avere cure e assistenza medica. D'altro canto sono sempre di più gli infermieri e gli operatori sanitari stranieri assunti dal nostro sistema sanitario: spesso si sono formati nel loro

⁵² ARTACÓZ L., ARTEDA L., BORRELL C., CORTES I., BENACH J, Combining job and family demands and being healthy, *European Journal of Public Health*, Mar 2004.

⁵³ MOODY R., PESUT D., The motivation to care, *Journal of Health Organization and management*, 2006.

⁵⁴ ALEXIS O., VYDELINGUM V., ROBBINS I., Overseas nurses' experiences of equal opportunities in the NHS in England, *Journal of Health Organization and management*, 2006.

⁵⁵ LIN M., WU J., HIANG I., TSENG K. et al., Management development: a study of nurse managerial activities and skills, *The Journal of Healthcare Management*, May/June 2007.

Paese di origine e fanno riferimento a terminologie differenti per nominare farmaci, malattie, procedure. Con un forte aumento del rischio di errore.

Due facce della stessa questione: come migliorare le competenze linguistiche e culturali delle strutture ospedaliere? Sono molte le testimonianze della letteratura straniera su questo tema, che viene affrontato già da tempo in società multiculturali come gli Stati Uniti e il Regno Unito.

La necessità della gestione della diversità e della competenza culturale è data per scontata⁵⁶ quando il personale appartiene a gruppi etnici diversi:

the preponderance of the evidence suggests that diversity is most likely to impede group functioning, (la diversità probabilmente impedirà il funzionamento del gruppo)

eppure allo stesso tempo molte fonti citate dallo studio concordano sul fatto che

diversity can actually improve group performance e che in ogni caso

*unless explicit attention is given to managing diversity, its impact on performance is likely to be negative*⁵⁷. Quindi è importante gestire la “diversità” con professionalità e non assumere un atteggiamento superficiale di “buon clima organizzativo” che di fatto permette l’inserimento di persone di qualunque provenienza.

Per quanto concerne poi alla gestione dei pazienti che presentano barriere linguistiche e culturali, appare evidente che se non verranno adottate apposite strategie per produrre cure culturalmente più appropriate, alla fine continueranno **a salire i costi del servizio con una diminuzione della qualità della cura** perché la confusione e il fraintendimento della storia clinica possono condurre a una diagnosi e a un trattamento inaccurato⁵⁸ che potenzialmente possono esitare in una esacerbazione della malattia.

Come sviluppare una competenza linguistica e culturale adeguata? E **su quali standard** valutarla? L'*Office of Minority Health (OMH)* ha messo a punto una lista di standard per *Culturally and Linguistically Appropriated Healthcare Services (CLAS)*, secondo i quali

⁵⁶ DREACHSLIN J., Diversity management and cultural competence: research, practice and the business case, The Journal of Healthcare Management, Mar/Apr 2007.

⁵⁷ *Ibidem*, pagg. 82, 83, 84.

⁵⁸ REYNOLDS D., Improving care and interactions with racially and ethnically diverse populations and healthcare organizations, The Journal of Healthcare Management, Jul/Ago 2007.

la traduzione non è sufficiente a garantire un servizio adeguato se non è accompagnata da un'attenzione alla diversa cultura dell'interlocutore. In particolare lo studio identifica **14 strategie** per introdurre le necessarie competenze linguistiche e culturali nella struttura:

- riconoscere la necessità di una maggiore competenza in questo senso;
- creare un comitato che rappresenti la diversità (di razza, genere, età, ecc.) all'interno dell'organizzazione che crei un programma di sensibilizzazione alla diversità;
- sviluppare una politica che promuova il rispetto delle differenze;
- richiedere che tutte le assunzioni includano persone di diversi gruppi razziali ed etnici;
- fare tradurre tutti i moduli e le informazioni per i pazienti nel linguaggio della comunità che si serve;
- ospitare forum sulla diversità;
- ospitare seminari educativi per medici e associati con un antropologo culturale;
- sviluppare un calendario che tenga conto delle festività e delle feste religiose della comunità di riferimento;
- offrire training continuo su temi come la diversità e il razzismo all'interno dell'organizzazione;
- assumere o tenere a contratto interpreti;
- sviluppare strategie per promuovere una comunicazione aperta tra l'organizzazione e le minoranze sul territorio;
- sviluppare iniziative culturali appropriate per la comunità di riferimento;
- misurare e premiare anche i piccoli successi dell'organizzazione nella gestione della diversità;
- non avere paura di commettere errori.

Gli standard indicati dal *Department of Health & Human services for Culturally and Linguistic appropriate services* usano un approccio su vari metodi che includono:

- una revisione della descrizione dell'organizzazione;
- una revisione dei documenti dell'organizzazione;
- una revisione delle politiche e delle procedure;
- una visita dell'area clinica;
- un controllo dello staff;
- *focus group* con pazienti e fornitori di salute;
- interviste con stakeholders chiave della comunità.

Altri standard sono finalizzati a ottenere un accesso certo alle cure, assicurare la qualità delle cure che devono essere incentrate sul paziente e sicure, e ridurre le disparità nel livello di salute e delle cure somministrate.⁵⁹

Il mentoring: quando fare crescere è un'arte

Accompagnare il **percorso di crescita professionale** di un professionista junior facendolo affiancare da un suo collega con più esperienza, prevedendo un percorso strutturato di un certo lasso di tempo, con fasi specifiche predeterminate e una conclusione con valutazione finale del percorso. È il mentoring, una delle metodologie trasversali più interessanti emersa dagli scenari internazionali. Il processo di mentoring è stato infatti introdotto in alcuni ospedali negli Stati Uniti per ovviare a un problema che si era evidenziato: la difficoltà a identificare i professionisti dotati di maggiori potenzialità per favorirne lo sviluppo.

Nel 2001 è stato creato un network ufficiale di *Leadership Mentoring* per promuovere questa metodologia tra i medici e il personale sanitario sino a renderla parte integrante della struttura organizzativa. Gli effetti benefici di questo tipo di approccio sono risultati evidenti in tutte le organizzazioni, ma in particolar modo in ambiente sanitario la creazione di un ambiente che favorisce e stimola la crescita e l'apprendimento crea benefici non solo per l'organizzazione stessa ma per la comunità che questa ha in cura.

A questo fine è stato identificato **un ciclo ideale di mentoring** suddiviso in 6 fasi, idealmente ripetibili all'infinito, nel senso che il protetto (la persona che viene presa in carico dal mentore) una volta terminato il percorso a sua volta diventa mentore di un nuovo protetto. In un circolo virtuoso di crescita e maturazione che coinvolge i professionisti e, in seconda istanza, l'organizzazione tutta.

La prima fase è la **scelta** della coppia mentore/protetto: entrambi debbono essere consapevoli che quel tipo di rapporto richiede tempo e dedizione. Bisogna essere disposti a incontri regolari – almeno 3-4 ore al mese – che possono anche essere pre-definiti nei contenuti per guadagnare tempo.

⁵⁹ MEDRANO M., SETZER J., ENDERS S., COSTELLO R., et al., Self-assessment of cultural and linguistic competence in an ambulatory health system, *The Journal of Healthcare Management*, Nov/Dec 2005.

La seconda fase comporta la stipulazione di una sorta di contratto di *mentoring* in cui si definiscono le aspettative e le regole della relazione, i tempi (di solito non meno di un anno) e la frequenza degli incontri. Inoltre viene reso chiaro che quanto viene comunicato all'interno del rapporto di *mentoring* è confidenziale per entrambe le parti.

Nella terza fase vengono definiti gli **obiettivi**, sia per il protetto sia per il mentore, e vengono formalizzati. Faranno da standard di riferimento per la fase finale di valutazione.

La fase più lunga è quella della **crescita della relazione**: il rapporto idealmente dovrebbe evolvere da un accadimento e un accompagnamento per mano sino a quando, alla fine del percorso, i due sono sullo stesso livello.

Il rapporto di *mentoring* deve arrivare a una **conclusione mutuale**. Per questo è meglio definire in anticipo la durata del rapporto e giunti alla fine dello stesso, ridefinire le basi del nuovo rapporto.

La fase finale prevede una **valutazione scritta** per dare al rapporto finalità e renderlo formale.⁶⁰

Quali gli **errori da evitare**? Scegliere male le persone: la coppia mentore-protetto deve essere compatibile e ben assortita; non ascoltare: l'errore più frequente da parte del mentore che avendo più esperienza tende a dare lezione invece che guidare; l'interferenza del ruolo del mentore con quello dei capi del protetto, anche questo è un errore classico, da evitare assolutamente, il *mentoring* non deve mettere in crisi i rapporti professionali in essere; infine il *mentoring* non deve essere uno strumento disciplinare.

In ogni caso l'applicazione di un modello strutturale di *mentoring* ha dato risultati ottimali, rinforzando i legami dei giovani assunti con l'organizzazione e creando un ruolo importante anche per i *senior professional*, in un clima di fiducia e collaborazione che ritorna a vantaggio di tutta la struttura.

Un'altra importante competenza per favorire una reale crescita ed evoluzione delle relazioni all'interno della struttura è la **capacità di dare feedback**, da alcuni ritenuta quasi un'arte data la delicatezza e la complessità di questo strumento di valutazione. Per questo uno studio ha messo a punto **un modello di feedback a 360 gradi** specifico per gli amministratori sanitari.⁶¹

I punti critici che il modello ha affrontato erano, da una parte, la diffidenza delle strutture ospedaliere nei confronti della efficacia di questo tipo di strumento in un ambiente professionale dalle caratteristiche particolari come quello sanitario; dall'altra i costi elevati dell'applicazione di questo strumento di valutazione.

⁶⁰ PIEPER S., The mentoring cycle: a six-phase process, Healthcare Executive, Nov/Dec 2004.

⁶¹ GARMAN A., TYLER J.L., DARNALL J., Development and validation of a 360-degree-feedback instrument for healthcare administrators, Journal of Healthcare management, Sep/Oct 2004.

La ricerca desk

Il modello è stato costruito tenendo conto delle specifiche competenze richieste ai professionisti sanitari (nelle diverse fasi della carriera) che sono state messe in relazione con i comportamenti relativi. Il risultato è stato riportato nelle due tabelle che seguono:

Obiettivi	Posizione professionale di ingresso	Preparazione per posizioni manageriali	Preparazione per senior manager
1. Ideazione del corso			
Visione strategica		X	X
Innovatività		X	X
Pensiero sistemico		X	X
Flessibilità/adattabilità	X	X	X
2. Sviluppo delle relazioni di lavoro			
Comprensione individuale	X	X	
<i>Mentoring</i>	X	X	
Relazioni con i medici/clinici	X	X	X
3. Influenza estesa			
Costruzione del consenso		X	
Persuasività	X	X	X
Abilità politiche		X	X
Collaborazione / <i>team building</i>	X	X	X
4. Costruzione dell'ambiente di lavoro			
Coordinamento e progettazione del lavoro	X	X	X
Capacità di restituire <i>feedback</i> / gestione delle <i>performance</i>		X	X
Utilizzo delle riunioni		X	
Decision making	X	X	X
5. Costruzione dell'ambiente di lavoro			
Costruzione della fiducia	X	X	X
Ascolto / ricevere <i>feedback</i>	X	X	X
Tenacia		X	X
Sapersi presentare	X	X	X
6. Comunicazione			
Dare energia	X	X	X
Produrre messaggi efficaci	X	X	X
Scrivere	X	X	
Parlare	X	X	X
7. Gestione di sé			
Gestire i propri limiti	X	X	
Equilibrio		X	X
Resilienza / autocontrollo	X	X	X

Tabella 8: Elenco delle competenze raccomandate, basato su obiettivi di carriera.

La ricerca desk

Ideazione del corso

1. Visione strategica	Dimostra una solida capacità di lettura degli obiettivi dell'organizzazione; tiene traccia dei principali cambiamenti dell'ambiente esterno e dei loro impatti sull'organizzazione; mette a fuoco con efficacia il futuro partendo dalla conoscenza dell'organizzazione e dell'ambiente esterno. Crea una vision chiara, attraente che tutti possono condividere; favorisce con successo l'allineamento degli impiegati con questa <i>vision</i> .
2. Essere innovativi	Porta idee creative sul tavolo; sfida il modo di pensare degli altri; esplora strade non praticate sulle carte geografiche: pensi fuori degli schemi; identifica, esplora e sfrutta tutte le opportunità.
3. Pensiero sistemico	Anticipa gli impatti che il cambiamento in un reparto può produrre all'interno degli altri reparti; integra tutti i reparti nella pianificazione e nel "grande disegno"; coltiva relazioni tra i dipartimenti superando la logica dei compartimenti stagni.
4. Flessibilità/adattabilità	È aperto alle idee nuove e modalità di azione, è disposto a cambiare posizione, ha capacità e creatività nella soluzione dei problemi.

Sviluppo delle relazioni di lavoro

1. Apprendimento individuale	Sa comprendere ogni impiegato e si relaziona con ciascuno a livello personale; capisce cosa motiva ciascun impiegato in modo da aiutarlo a raggiungere i suoi obiettivi.
2. Mentoring	Si comporta in modo esemplare per gli altri impiegati; trasmette sicurezza, conferisce potere, cura gli impiegati in modo da renderli preparati a raggiungere gli obiettivi; impartisce importanti lezioni in maniera discreta.
3. Relazione con medici/clinici	Vede i clinici come partner piuttosto che impiegati; capisce gli obiettivi professionali dei clinici; è sensibile alle necessità dei clinici e mostra rispetto reciproco e tolleranza verso i clinici.

Influenza estesa

1. Costruzione del consenso	Capisce gli impegni di tutti, usa questa capacità per gestire compromessi.
2. Persuasività	Influenza altri per coinvolgerli; rende gli altri pronti e disponibili al cambiamento, crea e facilita il cambiamento in modo che minimizza la percezione delle minacce.
3. Abilità politiche	Ha un'intelligenza ed un istinto politico; sa quando essere proattivo e quando rinunciare in rispetto delle differenze di posizione e dei leader.
4. Collaborazione/team building	Crea coalizioni fra impiegati attorno ad obiettivi più ampi, sa motivare le persone verso questi obiettivi e unisce gruppi di consenso verso obiettivi comuni che soddisfano tutti.

Tabella 9: Elenco delle competenze e descrizione.

Conclusioni

Appare chiaro da questa breve antologia come l'attenzione nei confronti delle competenze cosiddette trasversali sia in crescita all'estero e di come spesso tali competenze siano ritenute strategiche – sovente a fianco degli interventi gestionali – per strutture che devono affrontare cambiamenti sempre più frequenti e repentini e fare fronte a un servizio che è sempre più complesso e articolato.

Secondo un articolo⁶² che cerca di descrivere uno scenario futuro per i manager sanitari, le parole chiave dei prossimi anni saranno:

- fiducia, che dovrà essere ristabilita a tre livelli: tra medici, tra medici e strutture ospedaliere e tra medici e cittadini;
- qualità delle cure; che dovrà essere migliorata riducendo i costi e rendendo il sistema più sicuro;
- semplificazione; di tutto il sistema sanitario, troppo difficile da capire, da gestire e troppo costoso;
- tecnologia; sarà la vera rivoluzione da affrontare soprattutto per quanto concerne le microtecnologie.

È uno scenario di grandi cambiamenti, quattro strade impegnative, quattro parole chiave su cui lavorare. Con attenzione. E competenza.

Conclusioni della ricerca desk a cura di Maria Giulia Marini

Grazie all'indagine svolta in letteratura con l'obiettivo di sollevare lo sguardo oltre la sanità lombarda e italiana per confrontarci con gli altri paesi sul tema delle competenze nelle organizzazioni professionali, della qualità in sanità e della qualità del clima nelle strutture sanitarie sono emersi alcuni punti di attenzione:

- competenze distintive che creano vantaggio competitivo;
- modelli organizzativi in sanità che devono essere integrati in un sistema sanitario di programmazione e contenimento della spesa;

⁶² LINNEY B., What jobs will there be in the future?, The Physician executive, Sep/Oct 2006.

- attenzione alle competenze legate alla capacità di cambiare, di essere veloci, flessibili, mediatori e buoni comunicatori.

Tra la prima e la seconda delle evidenze emerse c'è uno scontro di obiettivi: nella prima le competenze sono usate per avere un vantaggio competitivo e attrarre più clientela e, nel caso specifico della sanità, più cittadinanza utente del sistema. Ma nella seconda, ovvero nei piani di programmazione sanitaria, dove la Regione Lombardia ha il compito di rispondere al vero bisogno di salute senza “condizionarne” la domanda, ponendo dei **tetti al numero di prestazioni erogate**, questo concetto di “ritenzione e allargamento della clientela” è di fatto ampiamente vincolato.

E' veramente uno scontro di obiettivi o vi è una possibilità di mediazione? Forse risolve il dilemma la parola **competenza, che significa prima di tutto essere in gara con se stessi**, in una sfida continua all' “imparare” e “al fare bene”. Certo, mantenere in tensione concorrenziale le imprese è linfa per produrre nuove idee, progetti, e fatti. Ma in un “mercato”, come quello della sanità che deve essere controllato e regolamentato, la meta finale è una diversificazione delle competenze che porta ad una diversificazione delle risposte dei bisogni all'utenza, tra le strutture.

La terza evidenza riguarda come poter in serenità svolgere il proprio lavoro all'interno delle organizzazioni sanitarie: il punto di arrivo è l'equilibrio tra le competenze tecnico scientifiche e organizzative e le competenze che nella storia della cultura del lavoro sono state spesso sottaciute, quelle relazionali. Ora, vi è un fiorire di attività di formazione e ricerca che riguardano proprio i temi relazionali: questa tendenza indica finalmente una attenzione a temi che nei convegni e congressi medici e scientifici – tranne quelli di psicologia e psichiatria – erano *tabù*: finalmente viene riscoperta l'attenzione verso queste qualità “umane” che possono essere sviluppate nella propria vita professionale. Ma questa tendenza alla parola, all'imparare a relazionarsi, ripetiamo, deve tenersi in equilibrio con risposte concrete date dal sapere tecnico-scientifico e organizzativo: usando un'analogia, se abbiamo un paziente che ha profondo dolore, non possiamo solo curarlo con l'affetto e la capacità relazionale ma anche con la dose corretta del giusto farmaco per il dolore. Quindi, l'analisi di sistema e la capacità di gestione manageriale con attenzione alle risorse è altrettanto importante quanto la capacità di saper comunicare.

3. L'INDAGINE FIELD

*I risultati: le tematiche più attuali, le criticità più sentite, i grandi cambiamenti in atto
a cura di Alessandra Cosso*

Le interviste sul campo hanno evidenziato un quadro in forte evoluzione. Ad alcuni livelli e per alcune famiglie professionali i confini dei ruoli risultano infatti poco definiti, in alcuni casi addirittura incerti. In particolare, il ruolo dell'infermiere e quello del medico sono i più toccati da questo processo di mutamento dovuto sia al modo in cui le organizzazioni sanitarie private si sono strutturate, sia ai cambiamenti che le nuove tecnologie da una parte e la società dall'altra domandano con sempre maggiore insistenza.

Così ai medici è richiesto di svolgere ruoli manageriali e di avere competenze gestionali e amministrative, con l'effetto di procurare loro un alto livello di stress e di fatica per la necessità di acquisire una sensibilità che esula ed è molto distante da quella clinica. Gli infermieri hanno visto cambiare il loro ruolo nell'organizzazione da molti punti di vista: l'introduzione del corso di laurea ha mutato la percezione del proprio status, mentre alcune scelte organizzative hanno reso necessario potenziare la funzione gestionale e in alcuni casi separarla da quella di cura e assistenza del paziente. Rimangono però di fatto loro il "tessuto connettivo" dell'ospedale, anche per via del tipo di rapporto sempre più di stampo "consulenziale" che i medici instaurano con le strutture.

Lo scenario che si delinea è quindi quello di strutture che puntano su professionisti medici con un elevato – spesso eccellente – livello di competenza cui affidare in parte la gestione del flusso delle prestazioni cliniche e che hanno sempre più un ruolo di intervento focalizzato: il medico in pratica diventa "consulente a tempo" all'interno dell'organizzazione ospedaliera, mentre la continuità assistenziale è garantita oggi principalmente dall'infermiere. Inoltre si va sempre più verso una situazione in cui se è il medico a fare diagnosi e a decidere la terapia, anche l'infermiere con laurea di primo livello, in alcuni casi può formulare sospetto diagnostico e proporre terapie. Non solo: l'infermiere di nuova generazione diventa un importante attore di cura, non riportando più al medico di dipartimento ma direttamente alla direzione infermieristica della direzione sanitaria.

L'avvento delle nuove tecnologie applicate alla diagnosi e alla cura dei pazienti sta richiedendo ulteriori adattamenti nelle strutture ospedaliere, che hanno introdotto nuove figure specializzate nell'utilizzo e nella gestione delle nuove apparecchiature. Così in alcuni

ospedali il *sonographer* si sostituisce al medico per l'esame ecografico ed esperti anche informatici affiancano i gruppi di ricerca per gestire con sufficiente competenza i dati che emergono sempre più complessi grazie alle nuove modalità di raccolta. A loro si aggiunge l'infermiera di ricerca che svolge un ruolo particolare e che si annuncia come una delle nuove figure professionali che si stanno delineando.

Infine, una riflessione generale. È apparso evidente dalle interviste e dal *focus group* l'interesse a lavorare sulle competenze trasversali, in particolare la comunicazione e il *team working*, interne all'organizzazione sanitaria. Questo per facilitare la comprensione e la comunicazione tra medici e amministrativi, tra medici e tecnici, tra medici e infermieri e per sviluppare una maggiore cultura del lavoro di squadra, per incrementare la visione di sistema dei professionisti della sanità, che ancora appaiono ancorati a un orizzonte limitato al proprio ruolo e sembrano essere spesso vittime di credenze e pre-giudizi nei confronti degli altri ruoli professionali e della natura del proprio rapporto con essi. Quello che resta da definire è quale sia il mezzo, lo strumento migliore per affrontare queste tematiche nella complessità delle organizzazioni sanitarie.

Il ruolo dell'infermiere nella sanità privata lombarda

La ricerca sul campo ha evidenziato come la figura dell'infermiere professionale sia al momento in forte evoluzione e come questo crei problemi di diversa natura.

I nuovi infermieri formati con il corso di laurea in scienze infermieristiche hanno un approccio diverso e una differente percezione della propria professione, percezione che non sempre è condivisa dai colleghi più anziani o accolta dalla struttura che propone mansioni e attività legate alla figura tradizionale dell'infermiere professionale.

Inoltre i cambiamenti strutturali nelle organizzazioni ospedaliere (in particolare in quelle private, sempre in cerca di miglioramenti in termini di efficienza) stanno rendendo necessari cambiamenti anche nelle modalità di cura e relazione col paziente, in alcuni casi cercando la specializzazione clinica, in altri privilegiando la relazione personale e l'accudimento del malato. Molte strutture hanno inserito poi nuove figure professionali: come l'**infermiera di ricerca** e l'**infermiera referente**, mentre altre hanno accolto nel proprio organico un elevato numero di infermieri stranieri e devono risolvere i problemi legati alla competenza linguistica di queste persone su due fronti: nei confronti del paziente e nei rapporti coi colleghi.

Il risultato è un quadro molto complesso e articolato, in cui in alcuni casi la direzione sanitaria e amministrativa degli ospedali tenta di mettere ordine **inserendo modelli di valutazione delle competenze e di job description** che possano in qualche modo definire il ruolo professionale. Rimane però la consapevolezza di essere in un momento di passaggio e che ci vorrà ancora del tempo perché la costellazione delle competenze professionali in sanità trovi un nuovo assetto in equilibrio.

L'introduzione del corso di laurea

Con l'introduzione nel 2001 del corso di laurea in scienze infermieristiche la professione è di fatto cambiata nell'immaginario di chi la sceglie. La decisione di introdurre un corso di laurea aveva anche il fine di arginare il calo delle vocazioni che da tempo segna la professione, vissuta da molti come poco gratificante. Tuttavia un "effetto collaterale" di questa introduzione è stato il fatto che i nuovi infermieri laureati spesso hanno aspettative di crescita e di carriera molto più elevate che, a detta delle organizzazioni, non sempre sono congruenti con il livello di formazione che il corso di laurea offre loro. Va segnalato che tra le strutture coinvolte dalla ricerca, ve ne sono alcune che ospitano il programma di *tutorship* per gli studenti del corso di laurea:

Grazie alla tutorship, gli studenti escono dalla scuola più pronti, nel senso che sono in grado di rendersi operativamente autonomi in tempi più rapidi una volta inseriti all'interno della struttura ospedaliera (infermiere con ruolo di coordinamento).⁶³

Ma c'è anche chi ritiene che sono le organizzazioni sanitarie a non essere pronte ad accogliere e utilizzare al meglio le "nuove leve".

Il corso di laurea dovrebbe favorire la crescita della professione. Le potenzialità ci sono ma i modelli organizzativi vanno cambiati perché il lavoro è ancora troppo esecutivo, gli infermieri sono utilizzati ancora male, i laureati vengono usati per passare i ferri, vanno cambiate le categorie mentali. Più che a passare i ferri l'infermiere può essere utile nella valutazione del malato, delegando invece agli OSS i bisogni di base, il cibo, l'igiene, prendere la temperatura, prevenire le piaghe ecc.

⁶³ Nell'indagine *field* accanto alla testimonianza in parentesi è citato il ruolo dell'intervistato.

Gli infermieri invece dovrebbero essere più selezionati e diversificati nei profili professionali, con specializzazioni cliniche non tecniche, capaci di fare educazione sanitaria ai pazienti cronici, ecc. (servizi infermieristici).

E ancora:

da un lato, si è istituito il corso di laurea cercando di elevare la figura professionale dell'infermiere; dall'altro lato, invece, se si osserva la gestione dei reparti, questa valorizzazione non trova riscontro nelle attività degli infermieri (servizi infermieristici).

Gli ospedali temono inoltre che la remunerazione prevista per questa professione non venga più ritenuta adeguata dagli infermieri laureati e che il fatto di non potere far fronte a questo tipo di aspettative economiche generi ancora più frustrazione.

Qui stiamo parlando di frustrati. Non puoi riconoscere a tutti un aumento economico (risorse umane).

Il percepito degli infermieri laureati e il rapporto con i colleghi più anziani

La percezione del proprio ruolo da parte degli infermieri è senza dubbio cambiata. Anche se non tutti condividono il loro sentire, a partire dai colleghi più anziani che vivono con difficoltà il cambiamento del percorso formativo dal quale si sentono esclusi. Del resto, con l'evoluzione del sistema di cura, anche la natura del ruolo professionale è in parte cambiata: oggi agli infermieri si richiede maggiore capacità di cogliere il problema clinico e di gestire la complessità assistenziale perché i ricoveri sono sempre più brevi. Di fatto gli infermieri sono

più specializzati dal punto di vista dell'assistenza infermieristica (infermiere laureato).

E questo in linea di massima viene riconosciuto:

oggi c'è maggiore autorevolezza del ruolo percepito anche dai colleghi; non proprio da tutti ma in linea generale è così. Siamo in via di cambiamento (infermiere laureato).

L'indagine field

(..) mi ricordo quando il primario entrò nel mio ufficio (mi chiedeva di fare i suoi orari e di prendere le ferie quando le prendeva lui) e mi disse: «io di solito la mattina prendo il caffè. Se me lo prepara...» lasciandomi il suo camice sporco sulla scrivania perché la caposala precedente se ne occupava. Io sono stata chiara dicendo che non me ne sarei occupata.

Questo professore mi ha poi chiamata per vedere un nuovo piano su cui stavano lavorando (lo stavano ristrutturando), un reparto molto grande, 50 persone. Quindi impegnativo perché aveva anche una parte ambulatoriale. Quando sono andata su, mi ha chiamato solo perché in quanto donna avrei potuto dare una mano sulla scelta dei colori dell'arredo. E pensare che le stanze erano già state fatte e non c'era lo spazio per un tavolo. Oggi non accadrebbero più queste cose. Oggi c'è maggiore autorevolezza del ruolo percepito anche dai colleghi, non proprio da tutti ma in linea generale è così. Siamo in via di cambiamento (infermiere con ruolo di coordinamento).

“Io spero che l'infermiere evolva sempre di più verso la consapevolezza che è un ruolo svolto da professionisti, con delle responsabilità e non più legato al vecchio mansionario. Da professionisti dobbiamo sempre aggiornarci e renderci conto che l'evoluzione della medicina e l'assistenza va verso la personalizzazione e la professionalità” (infermiere referente).

Tuttavia, come si diceva, abbiamo riscontrato parecchie testimonianze di difficoltà nella gestione dei rapporti con i colleghi, soprattutto da parte di chi, come gli infermieri di ricerca, ricopre un ruolo particolare:

*“Una volta al mese organizziamo riunioni con gli infermieri per vedere tutto l'aspetto infermieristico degli studi clinici con un rapporto scritto sui protocolli in atto (*nursing summary*) ma c'è ancora conflitto con gli infermieri colleghi che non riconoscono la maggiore responsabilità del mio ruolo di infermiere di ricerca”.*

Il ruolo nella cura del paziente: stili organizzativi diversi

Le organizzazioni sanitarie hanno operato scelte differenti su come impiegare gli infermieri professionali. Si riconoscono essenzialmente due scuole di pensiero: da una parte

chi ritiene che gli infermieri debbano continuare ad assistere personalmente il malato quotidianamente per creare un rapporto di fiducia che faciliti la cura e la guarigione; dall'altra chi pensa che invece debbano sempre più specializzarsi e assumere responsabilità di tipo clinico (sinora prerogativa solo dei medici) sul modello inglese. In quest'ultimo caso la presenza degli operatori socio sanitari (OSS) supplisce alle necessità di assistenza quotidiana e alla pulizia dei pazienti.

“Gli infermieri hanno un grosso apporto comunicativo relazionale anche nella gestione della prognosi infausta. Da noi ogni infermiere ha 4 malati e diventa il loro infermiere di riferimento, gli ausiliari fanno solo pulizia” (servizio infermieristico).

“Abbiamo scelto di non avere gli OSS nella nostra struttura per privilegiare la relazione: se lavi una persona si fida e poi quando gli dai la terapia la prende” (servizi infermieristici).

E ancora:

“La figura dell'infermiere si sposa su attività più alte in rispetto al paziente. L'infermiere lo vedo come lui che ha in mano il polso del reparto mentre il medico deve solo decidere la terapia e fare diagnosi. L'infermiere dovrebbe essere un Case Manager: il medico vede il paziente, entra in un profilo di cura, si sa che si devono fare una serie di tappe da portare avanti, il paziente viene preso in mano dall'infermiere all'interno di queste tappe” (direzione sanitaria).

In alcuni casi si auspicano cambiamenti della turnistica per favorire il nuovo ruolo (nella testimonianza che segue il termine di passaggio di competenze è sinonimo di passaggio di consegne; è importante questa sottolineatura che indica che dietro la consegna di fatto c'è una competenza richiesta):

“Per me sono errate le turnistiche che fanno gli infermieri adesso, i turni sono fatti a caso, o meglio a loro piacere, non hanno il polso dei casi. Infatti in Italia è fondamentale il passaggio delle competenze, fondamentale! Quelli che montano di turno faranno uno spot di 12 ore su pazienti su cui non ne sanno niente, devono aggiornarsi dal collega precedente, aggiornarsi e poi passare la competenza al prossimo che arriva. Fare un cambiamento del genere è molto difficile ma sareb-

be auspicabile. In Inghilterra fanno una settimana di primi turni, poi una settimana di secondo turno. Il rapporto è di 4-1 o 4-2 io posso prendere i liberi professionisti esterni e metterli di notte e mettere uno dei miei di guardia. Posso avere pochi infermieri, ma di altissimo livello. Il medico decide cosa fare e poi queste figure gestiscono tutto il da farsi” (direzione sanitaria).

La presenza degli OSS tuttavia in alcuni casi crea problemi di delimitazione del ruolo e delle competenze, del resto anche la definizione delle competenze degli infermieri è poco chiara in questo momento di forte cambiamento.

“Si impiega più tempo a spiegare all’infermiere chi è l’OSS e quale attività è tenuto a svolgere e quali invece sono di competenza dell’infermiere. A volte c’è un rischio di sottostimare o sovrastimare gli OSS. Ci sono delle riunioni per intervenire in questi casi. A tutti gli infermieri è stato dato il mansionario degli OSS” (infermiere con ruolo di coordinamento).

Il ruolo all’interno della struttura organizzativa: nuove figure professionali

Molte strutture hanno inserito nuove figure professionali legate alla professione infermieristica. Due casi in particolare sono indicativi delle tendenze in atto. Da una parte l’introduzione dell’infermiere di ricerca, che fa da interfaccia tra i medici ricercatori e i colleghi del reparto per seguire la somministrazione dei farmaci sperimentali, mentre segue personalmente le ricerche legate all’assistenza infermieristica nei casi particolari. Non risponde alla caposala ma al responsabile del servizio infermieristico e ha una formazione universitaria.

“È necessario un master o la laurea specialistica per accedere al ruolo, poi almeno 5 anni in oncologia e 2 in ricerca, è un percorso formativo in molti step con valutazioni diverse rispetto al personale infermieristico normale. Non rispondiamo alla caposala ma direttamente alla responsabile del servizio infermieristico”.

Intervistando queste figure appare subito chiaro che non si sentono “infermieri come gli altri” e in alcuni casi hanno lamentato il fatto che il loro ruolo incontra spesso ostilità da parte dei colleghi di reparto con cui devono interfacciarsi. In alcuni casi, la struttura ha

promosso azioni di comunicazione (riunioni informative) per ufficializzare il ruolo dell'infermiere di ricerca, ma non sempre con successo.

Diverso il caso dell'infermiere referente. Si tratta di fatto dello sdoppiamento del vecchio ruolo del caposala che viene ora coperto da due persone: una si limita agli aspetti gestionali e organizzativi del reparto, l'altra è responsabile del percorso clinico assistenziale sui malati.

Questa scelta dagli infermieri e dai medici intervistati è vissuta positivamente, poiché ritengono che:

“questo nuovo ruolo è nato dalla necessità di personalizzare sempre di più l'assistenza infermieristica. Questa “ragnatela” di assistenza in questo modo è più stretta intorno al paziente” (infermiera referente).

Un cambiamento in positivo anche dal punto di vista della gratificazione personale:

“la mia professione è cambiata in meglio, sono appagata professionalmente perché per me è un avanzamento di carriera. (...) sicuramente quando uscivo di qua il mio lavoro finiva lì, adesso invece ho più responsabilità e difficilmente ‘stacco la spina’”.

“con l'introduzione dell'infermiera referente, il ruolo della caposala è cambiato. Prima come caposala avevo il compito anche di seguire il percorso clinico assistenziale. Ora non ce l'ho più, ce l'ho in maniera indiretta tramite la referente. Ho in capo a me tutto l'aspetto gestionale e organizzativo.

Secondo me il cambiamento è stato positivo, si lavora meglio e i compiti sono più chiari:

- il capo area pianifica turni e ferie ed ha più competenze gestionali e di coordinamento*
- la referente assistenziale è più presente in reparto, come ho detto è la vecchia figura del caposala.*

In precedenza quando i ruoli erano poco chiari io dovevo svolgere compiti che non mi appartenevano e quindi spesso sostituivo la caposala che era in riunione”.

Il problema linguistico

Dicono le organizzazioni:

“la scuola non sforna abbastanza studenti, per cui si è costretti a guardare anche fuori, ma gli infermieri disponibili sono comunque pochi, perché in Italia c'è un calo della vocazione” (infermiere con ruolo di coordinamento).

Si ricorre così all'assunzione di personale straniero che arriva in Italia mosso da motivazioni differenti:

- nel caso dei molti infermieri spagnoli, sono persone che nel loro Paese hanno vissuto il problema opposto: in Spagna la professione di infermiere è particolarmente ambita, c'è quindi un problema di sovraffollamento degli infermieri e alcuni di essi sono costretti a cercare lavoro all'estero;
- nel caso dei sudamericani e di quelli dei paesi dell'Est, l'obiettivo è la ricerca di una migliore retribuzione e di un miglior tenore di vita.

“Non mi risulta che ci sia un esame di italiano al momento delle assunzioni. La difficoltà non c'è per riconoscere il farmaco perché poi comunque ci arrivano in qualche modo, il problema è con il paziente, legato soprattutto al carattere della persone. C'è stato un gruppo di spagnoli con cui ho lavorato che non si capivano perché parlavano in dialetto stretto spagnolo. Però supplivano a questa difficoltà con la gestualità e la comunicazione non verbale. Era strano che sapevano molto più loro del malato rispetto a quelli che parlavano la lingua del paziente. Tuttavia nella comunicazione interna, nel passaggio di informazioni, nella telefonata, se le comunicazioni del malato ti arrivano per telefono, lì ci sono problemi” (infermiere con ruolo di coordinamento).

In alcune strutture in considerazione della nutrita presenza di infermieri stranieri (soprattutto spagnoli, peruviani e provenienti dai paesi dell'Est Europa), vengono periodicamente organizzati corsi di italiano e corsi di formazione specifica per infermieri stranieri neoassunti.

“Devi guadagnare credibilità nei confronti del medico. Questi comincia a

fidarsi di te solo se vede che sei in grado di utilizzare correttamente il linguaggio scientifico. Non a caso, all'università l'appropriatezza del linguaggio scientifico è uno degli aspetti maggiormente presidiati all'interno dei corsi di laurea per infermieri. Gli stranieri, invece, spesso presentano carenze da questo punto di vista e rischiano, anche se sono bravi, di essere discriminati e relegati ad attività meno qualificanti” (infermiere).

Non solo: in alcuni Paesi da cui “importiamo” infermieri la formazione professionale ha standard diversi: in alcuni casi inferiori, in altri, no:

“La formazione in Spagna è differente, gli infermieri imparano a svolgere compiti che in Italia sono di responsabilità dei medici, ad esempio il prelievo arterioso, ma per quanto riguarda i tirocini, in Italia siete più organizzati, cioè ci sono più infermieri per persona, in Spagna inoltre fanno fare solo il turno del mattino dalle otto alle tre del pomeriggio. Resta il fatto che siamo più preparati mentre qui in Italia sono indietro, ma il rapporto con la famiglia dei medici è migliore, in Spagna i medici sono più formali e distaccati” (infermiera spagnola).

In conclusione il ruolo professionale degli infermieri è un tema caldo in ambito sanitario, tanto che tutte le sperimentazioni sugli standard di valutazione delle competenze che hanno coinvolto la classe infermieristica, sono state vissute da alcune strutture in modo particolarmente conflittuale:

“La classe infermieristica sta cercando di diventare una lobby molto potente, hanno timore di non poter sfruttare questo momento perché tra qualche anno con tutti gli infermieri comunitari che ci saranno per loro sarà un problema. E' difficile invece trovare la qualità. L'infermiere di qualità non è facile reperirlo” (risorse umane).

La figura del medico: professionista clinico o manager della malattia?

Le strutture sanitarie private in Lombardia hanno dovuto affrontare l'annosa questione: come riuscire a fare utili garantendo i necessari livelli di cura e assistenza? Come ovviare agli sprechi, rendere i processi efficaci ed efficienti? Come, in una parola, permettere il massimo livello di prestazione con il minimo spreco di risorse?

Da qui sono nate una serie di politiche di gestione delle risorse che hanno portato a fare i conti con la necessità di affiancare alla valutazione clinica del singolo caso anche una visione in termini amministrativo-gestionali. Questa necessità è stata affrontata dalle diverse strutture in modi differenti, ma in tutti i casi al medico è stato chiesto di acquisire una maggiore competenza gestionale e un occhio più allenato a comprendere le implicazioni economiche delle scelte cliniche che fa. C'è chi per ricoprire il ruolo di primario ha dovuto:

“seguire un percorso formativo obbligatorio di 24 giornate di formazione manageriale per clinici per acquisire le competenze necessarie per la gestione delle risorse economiche e umane”.

Questo spesso viene vissuto come fonte di stress per i medici, che devono fare uno sforzo non indifferente per entrare nella mentalità degli amministrativi. Altre organizzazioni hanno perciò preferito dare vita a realtà come il gruppo “gestione operativa” (ovvero gli amministrativi che affiancano i medici, direttamente in dipartimento, nella gestione delle attività non cliniche) che consente di sgravare i professionisti sanitari da incombenze di tipo gestionale-amministrativo che mal digeriscono e che non sempre sono in grado di gestire:

“in questo modo si favorisce l'integrazione tra le diverse specialità e si sgravano anche i professionisti sanitari dalle responsabilità gestionali in quanto c'è una specifica struttura di supporto che li affianca” (direzione sanitaria).

Un esempio è quello della “gestione operativa”, composta da 5 persone, che si interfaccia con i medici nella gestione delle attività operative e affianca anche la Direzione Generale nelle attività di controllo di gestione e nel monitoraggio degli indicatori. Parallelamente, c'è anche una struttura di reporting.

Molta importanza viene data all'aggiornamento che i medici valutano come fondamentale per la propria professionalità:

“l'aggiornamento è molto importante: ogni settimana noi organizziamo incontri scientifici tipo journal club per mettere in comune le letture scientifiche e le conoscenze” (medico).

Altro punto fondamentale, che tocca da vicino anche il rapporto con la categoria degli infermieri, è quello dello sviluppo della cultura di squadra. A questo fine sono sempre

molto bene accolte iniziative come queste:

“si è parlato di un responsabile di patologia, potrebbe essere una figura che cambia un po' le cose anche se temo che sia poco applicabile in Italia” (medico).

“sono molto utili gli incontri multidisciplinari che si svolgono una volta la settimana per tutti i medici delle diverse discipline che lavorano su una data patologia” (medico).

Tra le figure professionali di cui si segnala il bisogno, ve ne sono alcune amministrative che, per la loro particolarità, non sono disponibili all'esterno, ma devono essere sviluppate internamente:

“sono le persone che si occupano del controllo dell'appropriatezza e dell'accuratezza dei dati che l'ospedale fornisce alla Regione. Questi dati sono fondamentali perché da essi dipende il sistema di finanziamento e di rimborso dei servizi. L'eventuale mancanza di accuratezza dei dati può comportare perdite significative per l'ospedale, sia in termini di mancati rimborsi, sia in termini di sanzioni. Abbiamo un gruppo di 10 persone – adeguatamente formate – che si occupano proprio di far sì che i dati inviati corrispondano il più possibile a ciò che è stato realmente fatto al paziente” (direzione sanitaria).

Le tecnologie avanzano: che cambiamenti portano?

Tutte le strutture esaminate dalla ricerca investono molto in nuove tecnologie, sino al 20% del fatturato. In particolare la diagnostica e la ricerca in ambito genetico sembrano essere i campi in cui vengono fatti i maggiori investimenti. Ma che impatto ha tutta questa tecnologia sull'organizzazione? E sulle figure professionali che ne sono toccate?

Il primo cambiamento che si rileva è la nascita di nuove figure professionali “di raccordo” che assumano su di sé le competenze specialistiche che apparecchiature sempre più sofisticate prevedono, sollevando il medico o il ricercatore dalla necessità di aggiornamenti e interventi formativi che richiederebbe una dedizione di tempo e di energie enorme.

Un esempio è quello del *Data Manager* che collabora con i gruppi di ricerca che affron-

L'indagine field

tano studi clinici interni all'organizzazione e si occupa di:

- collaborare alla stesura protocollo;
- creare le schede per le raccolte dati;
- preparare i documenti per il parere del Comitato Etico;
- collaborare per la parte amministrativa;
- verificare i dati nelle schede compilate dai medici con quelli nelle cartelle cliniche;
- creare data base ad hoc;
- inserire dati con aiuto di un'altra figura, il *Data Entry*;
- *clearing* e stesura del report descrittivo;
- costante contatto con statistici.

Si tratta di un:

“servizio a supporto della ricerca clinica: quando vengono disegnati studi clinici noi ci occupiamo della parte più burocratica del protocollo. Ma facciamo anche da interfaccia con la farmacia per la contabilità del farmaco. Lavoriamo in collaborazione diretta col medico responsabile dello studio e coi suoi collaboratori e con l'infermiera di ricerca. Ma dobbiamo dialogare anche con il comitato etico per l'invio dei documenti, con la farmacia e con lo statistico”.

E se ci sono studi sponsorizzati da case farmaceutiche o da organizzazioni *not for profit* fanno:

“attività di controllo e collaborazione con clinical monitor che viene dalla casa farmaceutica”.

Ai *Data Manager* è richiesto:

- Laurea scientifica
- Inglese
- Basi di statistica
- Conoscenze informatiche
- Precisione e puntualità

“Adesso stiamo scrivendo delle procedure che sono state approvate. Stiamo preparando dei corsi per i nuovi data manager. Vorremmo implementare con corsi veri e propri invitando anche le altre figure che si interfacciano con noi” (infermieri di ricerca, membri del comitato etico).

L'evoluzione dei profili sanitari è legata all'evoluzione delle tecnologie in modo particolare in un reparto, il *check-up*, che si caratterizza per un impiego diffuso di tecnologie diagnostiche. Diventa perciò fondamentale garantire che le competenze del personale siano adeguate al livello tecnologico disponibile. In particolare si fa riferimento alle figure professionali legate all'*imaging* pesante (TAC, PET, medicina nucleare), ma anche i tecnici di radiologia e di laboratorio e gli infermieri.

“Il problema è che ci sono pochi iscritti al corso di laurea breve per tecnici di radiologia. Questo anche perché i corsi sono a numero chiuso e sono sottodimensionati rispetto al reale fabbisogno di tali figure professionali” (medico).

“C'è da dire però che tanto i medici neo-specializzati quanto i tecnici radiologi freschi di scuola sono già abbastanza pronti per lavorare” (medico).

Spesso comunque per tutte queste figure professionali, anche quando sono individuate e inserite nell'organizzazione, è necessario un percorso di adeguamento delle competenze rispetto al fabbisogno organizzativo.

Altre figure professionali per le quali sta aumentando la richiesta sono i fisici nucleari, i bioingegneri e i biostatistici:

“ci sono alcuni macchinari che non possono essere utilizzati senza la presenza di queste figure professionali. Tuttavia sono figure nuove e i professionisti disponibili sono ancora pochi” (medico).

I driver del cambiamento che impattano sul fabbisogno di figure professionali sono sia tecnologici che legati ai processi/protocolli assistenziali:

“nel nostro settore macchina e processo sono quasi la stessa cosa. C'è una strettissima interdipendenza e influenza reciproca tra la tecnologia e il protocollo assistenziale” (medico).

“In questi 28 anni vi sono stati numerosi cambiamenti a livello di tecnologie e di macchinari introdotti, ma anche di normative. Sono cambiamenti che hanno prodotto notevoli impatti nell'attività dei tecnici. Negli anni 1977-80 c'era da noi una fortissima specializzazione e formalizzazione delle attività dei tecnici di radiologia (c'era, ad esempio il tecnico specializzato nei cromi che si occupa-

va solo di cromi). Oggi, invece si privilegia la job rotation che, da un lato, garantisce all'azienda una maggiore flessibilità nella gestione del personale e, dall'altro lato, sviluppa figure professionali più complete" (tecnico).

I tecnici specializzati: una risorsa per il futuro?

Il cambiamento mosso dalle nuove tecnologie investe alcune mansioni sino a ora prerogativa dei medici e che alcune figure di tecnico specializzato stanno assumendo su di sé. Quanto è accaduto con il tecnico di radiologia, che effettua l'esame perché è specializzato nell'utilizzo di apparecchiature sempre più sofisticate e poi il medico firma il referto, sta accadendo anche in altri campi. Un esempio di queste nuove figure professionali è il *sonographer* che è stato introdotto perché:

"noi ci siamo trovati ad avere sempre una grande richiesta dalle persone che giungono al centro e dalla ASL che ci indica di ridurre le liste di attesa e quindi aumentare il servizio. C'erano due possibilità. Potevamo assumere altri medici o assumere una figura nuova che esiste in USA e Germania che è il sonographer. Abbiamo fatto un Master in ecocardiografia e a questo master abbiamo invitato sia dei medici che altro personale. Adesso stiamo affinando il target e sono diventati perfusionisti. Noi abbiamo una scuola di perfusione che è frutto di questa nuova organizzazione. Il sonographer dà il valore aggiunto di poter eseguire l'esame (sono stati formati molto bene) e di portarlo fino alla refertazione che viene fatta dal medico. L'idea è di avere per ogni medico 2 sonographer. Non è legalmente possibile che la refertazione venga fatta dal sonographer. I perfusionisti hanno già una grande preparazione di base su tutto il flusso cardiovascolare. Devono conoscere bene tutte le patologie della circolazione corporea" (risorse umane).

"Che ci siano dei tecnici che fanno delle attività verticali in Italia è una novità: siamo ancora abbastanza indietro. In Italia abbiamo i tecnici di radiologia che fanno le lastre e la Tac. Nessuno fa le ecografie, abbiamo iniziato noi e pochi altri, ma la diagnosi la fa comunque il cardiologo. C'è ancora una forte stratificazione tra i ruoli. Secondo me, nel giro di 5-10 anni si arriverà a delle figure che fanno anche la diagnosi, come avviene in Inghilterra ad esempio" (direzione sanitaria).

Con l'inserimento del *sonographer* inoltre si hanno:

“persone qualificate che fanno solo quello, così si hanno risultati migliori rispetto al cardiologo che fa una volta alla settimana l'esame. E allo stesso tempo dai al cardiologo la possibilità di fare altro. I pazienti non lo sanno, a molti non fa differenza. Io non sono un cardiologo, ma avendo studiato tanto, essendo seguito da una persona di eccellenza ho imparato tanto e molti esami che vedo fatti fuori le confesso che sono anche sbagliati” (sonographer).

La professione risulta molto gratificante anche se non sufficientemente remunerativa:

“Faccio molti esami al giorno e vengo “corretto” da una persona che è un luminare: mi sto creando una expertise non indifferente. Ho libertà, posso parlare con il paziente, chiedo, quasi come se lo visitassi. Ho sufficienti conoscenze per capire che patologia può esserci. E' molto gratificante, è solo la nota economica che è dolente!”

“Questa professione che richiede tanto studio e manualità, siamo categorizzati anche meno degli infermieri. Un riconoscimento professionale e la qualità devono essere riconosciuti. I pazienti ci chiedono di rifare la visita con noi, e questo significa molto”.

Valutazione delle competenze, a chi e a che cosa serve?

L'accreditamento in *Joint Commission* è stato per gran parte delle organizzazioni interpellate l'occasione per attivare un sistema di valutazione delle competenze strutturato. Tuttavia la finalità della certificazione in molti casi ha reso l'intervento limitato allo stretto necessario all'ottenimento del riconoscimento. Le potenzialità di impatto di un buon sistema di mappatura delle competenze all'interno di una struttura ospedaliera sono in realtà elevatissime e mirano in primo luogo a stimolare un cambiamento culturale a livello della percezione e del dialogo tra i diversi ruoli. Appare immediato dedurre che in realtà complesse e multi-disciplinari come gli ospedali questa potenzialità assume particolare importanza. Eppure ad oggi non appare ancora così diffuso l'utilizzo di questi strumenti con finalità diversa dalla definizione del sistema di premiazione annuale e dalle necessità imposte dagli organismi certificatori della qualità.

“Applichiamo il modello JOB family che divide i ruoli in macrofamiglie per competenze e responsabilità (esecutivo, customer service, professional, professional coordinator).

Ci siamo affidati a una società di consulenza per il sistema di valutazione delle competenze, scelta nata con la decisione di accreditarsi in Joint Commission” (risorse umane).

“L'introduzione di un percorso di analisi e mappatura delle competenze è stata una diretta conseguenza dell'accreditamento joint commission.

Sulla base di schede di valutazione, il processo viene guidato dal responsabile diretto delle risorse valutate, con il supporto dell'ufficio formazione. La valutazione delle competenze viene condotta ogni due anni” (risorse umane).

I medici e le competenze trasversali

Più di una struttura ha dichiarato di puntare molto sullo sviluppo delle competenze di tipo relazionale-comportamentale, come il *team working* e le capacità di comunicare. Anche e soprattutto nei confronti dei medici, fatto che viene spesso presentato come una novità dagli uffici Risorse Umane:

“i medici arrivano spesso da specializzandi, viene fatta selezione sul campo, diamo borse a quelli più validi poi, dopo 2/3 anni, contratto e assunzione. L'Ufficio Human Resources interviene a fine processo ma in realtà vorremmo poter intervenire nella valutazione delle competenze già dal momento dell'assegnazione della borsa di studio.

Vorremmo infatti che la scelta avvenisse anche sulla base di competenze comportamentali e non solo scientifiche anche per i medici, che invece vengono scelti solo sulla base delle conoscenze scientifiche”.

“La definizione delle competenze si declina in competenze comportamentali e skills tecniche, con valutazione annuale. Dal 2000 al 2002 gruppi di lavoro con 60 persone coinvolte hanno lavorato per definire il modello di valutazione. La definizione degli skills è molto generica volutamente perché le conoscenze tecniche sono scontate e non è quello che fa la differenza. Le conoscenze tecniche sono valutate in ingresso, puntiamo molto invece sulle competenze di tipo

comportamentale (team work ecc.). Alla fine di ogni valutazione viene applicato un piano di sviluppo sui sentieri di carriera e poi una politica di merito con bonus e incentivi.

Nel 2003 è stato implementato in azienda un modello delle competenze che è stato condiviso con gli stessi dipendenti. Tale modello si basa sulla formalizzazione delle job description e delle relative competenze e sulla periodica valutazione, da parte dei capi diretti:

- delle competenze Tecniche (specifiche per ciascun ruolo);*
- delle competenze Comportamentali (valide per tutti).*

Nel corso del tempo questo modello è stato oggetto di modifiche e miglioramenti. È da precisare che questo modello delle competenze è valido solo per il personale tecnico e amministrativo. Non vale per il personale clinico, che non è dipendente e lavora con contratto di consulenza. Per i clinici c'è un modello differente, in quanto l'accreditamento Joint Commission prevede che anche gli esterni siano soggetti a valutazioni periodiche.

Dal punto di vista medico viene fatta la valutazione ma non è strutturata e non è in realtà una valutazione, è un retaggio di anni fa dove le valutazioni venivano fatte ma l'effetto, il premio finale (sia economico che di sviluppo professionale) non variavano o variavano molto poco. Verosimilmente quindi anche una valutazione negativa incide scarsamente. Ad oggi stiamo facendo delle valutazioni per lo sviluppo delle carriere dei medici per il passaggio di ruolo ed in questo caso è stata fatta una valutazione di tipo specifico con 4 punti:

- 1. anzianità nella specializzazione;*
- 2. 5 pubblicazioni con impact factor;*
- 3. applicazione protocolli nello svolgimento delle attività cliniche, mediche di rilievo;*
- 4. valutazione del responsabile dell'Unità Operativa (UO) condivisa e sottoscritta e del Direttore Sanitario.*

C'è una scheda dove vengono valutate le pubblicazioni (se vado in un convegno internazionale o nazionale a presentare un paper), inserti in libri, attività cliniche svolte, quanto lavoro fai in percentuale rispetto al 100% del lavoro

L'indagine field

dell'UO di appartenenza. Il Direttore Sanitario ha il polso delle attività che vengono svolte perché i medici svolgono attività anche trasversali".

La valutazione degli infermieri

L'attività di valutazione spetta di solito al responsabile del servizio che si basa anche sui feedback che riceve dalla responsabile assistenziale.

"Da noi il processo di valutazione delle performance e delle competenze è abbastanza formalizzato ed è così strutturato:

- prima valutazione a una settimana dall'inserimento del nuovo infermiere;*
- seconda valutazione a un mese dall'inserimento;*
- terza valutazione a tre mesi dall'inserimento (a questo punto termina il periodo di prova e scatta l'assunzione definitiva);*
- valutazioni successive ogni tre mesi.*

La valutazione si basa sull'utilizzo di apposite schede in cui vengono presi in considerazione:

- aspetti tecnici della professione;*
- abilità relazionali;*
- aree di miglioramento.*

Tale scheda viene compilata nel corso di un colloquio tra la responsabile d'Area e la persona valutata e viene firmata da entrambe. Ovviamente, la valutazione rappresenta un'attività delicata, per cui la formazione al ruolo di responsabile d'Area ha previsto anche un focus specifico sulla valutazione" (servizio infermieristico).

Analisi e Mappatura delle competenze come strumento di sviluppo

In alcuni casi si lamenta il fatto che il momento di valutazione in realtà si riduce spesso a una sorta di rituale senza una vera utilità. Un fatto sorprendente è che nella maggioranza delle strutture anche quando è stato fatto un lavoro di mappatura, la valutazione viene effettuata nel migliore dei casi annualmente; spesso ogni due o addirittura tre anni.

“Il processo è stato formalizzato con l’acquisizione dell’accreditamento JCI, ma l’obiettivo è far sì che le persone non lo percepiscano come un semplice adempimento, ma come un vero strumento di sviluppo. C’è però un problema della cultura della valutazione che, ad oggi, manca ancora” (risorse umane).

“Ad oggi, l’utilità delle informazioni che giungono dalle valutazioni periodiche è stimata intorno al 30% e riguarda quasi esclusivamente il personale non clinico.

La valutazione delle competenze viene svolta con cadenza biennale. In futuro si pensa di renderla triennale” (risorse umane).

Anche la cultura del *feedback* incomincia a essere introdotta, a volte anche sotto forma di *feedback* a 360 gradi per alcuni ruoli “chiave” all’interno dell’organizzazione:

“ogni anno viene fatta una valutazione delle competenze. Per il personale non medico viene fatta una procedura d’accordo con le organizzazioni sindacali concordata con la responsabile di ogni singola area. C’è un momento di valutazione delle performance e un momento di comunicazione, di feedback. Il feedback c’è poi anche a sei mesi, ma non sempre avviene” (risorse umane).

“Per alcune aree da quest’anno, mentre per altre dall’anno scorso, non è solo il tuo responsabile che ti valuta ma vieni valutato dal basso, dal fianco e dall’alto (dai referenti, da alcuni caposala chiave e dai responsabili di servizio.) Quest’anno vorremmo introdurre questo tipo di valutazione: (due pari grado, un cliente del servizio, un responsabile, un subordinato) vorrei estenderla a tutti i caposala e i responsabili di servizio, tutti quei ruoli “chiave”. Per gli infermieri temo però che avrei problemi” (risorse umane).

Comunicare bene e fare squadra: quanto c'è da fare su questo fronte?

La qualità delle relazioni e del livello di collaborazione tra le diverse figure e famiglie professionali è differente da realtà a realtà, per cui non è possibile fare un discorso unitario. Il tema, tuttavia, costituisce un'area di miglioramento nei confronti della quale si prevede un aumento degli investimenti in futuro. Un po' ovunque abbiamo registrato il tentativo di superare la logica auto-referenziale che ha caratterizzato le diverse aree operative e le varie famiglie professionali coinvolte nel sistema "salute".

"La collaborazione tra clinici e amministrativi è abbastanza buona, la struttura mira a favorirla si cerca di creare integrazione con incontri tipo il comitato composta da caposala, capotecnici e caposervizio che si riunisce ogni 3 mesi" (medico).

"Da noi non è più possibile avere uno stile lavorativo molto personale, senza capacità di dialogo e intuizione sul paziente. Spesso i ricoveri sono di un giorno solo e dobbiamo fare molte cose e renderli autonomi" (medico).

"Non ci sono momenti istituzionalizzati di incontro tra amministrativi e clinici. Le figure di raccordo ce le siamo inventate. (...) In passato era stato tutto vissuto in modo autoreferenziale. Ogni area aveva una sua storia, io sto cercando di creare dei momenti di incontro, degli staff meeting" (risorse umane).

Il livello di collaborazione tra le diverse figure professionali (e anche, più in generale, tra clinici e amministrativi) è buono. Questo dipende, da un lato, dal fatto che qui si lavora molto in team e, dall'altro lato, dal fatto che siamo una struttura relativamente piccola. (medico).

Comunicazione

Nelle organizzazioni si registra molta attenzione allo sviluppo del lavoro di squadra e interdisciplinare, questo obiettivo viene perseguito il più delle volte organizzando riunioni settimanali con collaboratori e responsabili di area:

“ogni settimana tutti i medici del dipartimento si riuniscono e discutono di argomenti inerenti alcuni aspetti comuni del lavoro, sia operativi che tecnici come, ad esempio, l’uniformazione delle cartelle cliniche o la revisione delle procedure cliniche per la gestione delle meningiti” (medico).

I risultati del focus group a cura di Alessandra Cosso

Lo scopo del *focus group* all’interno del progetto di ricerca era di evidenziare, approfondire e delineare i temi più sensibili tra quelli emersi sia dalla ricerca *desk* (tematiche “calde” e punti di interesse sulle competenze professionali in sanità) sia dai confronti con le interviste in presenza condotte nelle strutture invitate a partecipare. Gli intervenuti sono tutti decisori nelle proprie strutture con ruolo che vanno dal direttore sanitario, al responsabile delle risorse umane, al responsabile dei servizi infermieristici. Per avere lo stimolo di una voce competente con una visione più “a volo di uccello” è stato invitato un esperto inglese di valutazione delle competenze, consulente del *National Health Service (NHS)*, ma anche buon conoscitore del sistema sanitario italiano.

Ecco l’elenco delle tematiche proposte come spunto nella discussione:

1. Il nuovo ruolo della figura **dell’infermiere** in seguito all’introduzione del corso di laurea e all’evoluzione dell’organizzazione nelle strutture ospedaliere. In particolare si è chiesto ai presenti di esprimersi rispetto al numero degli infermieri/OSS definendolo:
 - assolutamente insufficiente
 - insufficiente ma controllabile per il livello di responsabilità dell’individuo
 - appena sufficiente
 - adeguato a garantire un servizio appropriato
2. In Italia si registra un boom di contenziosi in ambito sanitario: quale può essere il ruolo del **mediatore di conflitti**?
3. **Risk manager**: è meglio una figura professionale unica o è tutta la direzione sanitaria che deve rispondere della gestione del rischio e dell’errore?
4. Che cosa sta cambiando a livello delle competenze in seguito all’evoluzione delle **tecnologie**?
5. La **valutazione delle performance**: modi e tempi di applicazione.

Introduzione

I temi di discussione sono stati presentati uno per uno ai partecipanti, con l'invito a condividere la propria esperienza e il proprio pensiero in proposito.

Il primo punto era anche quello più "caldo": ha subito coinvolto la partecipazione dei presenti che hanno discusso appassionatamente per oltre un'ora. Gli altri punti hanno richiesto meno tempo per essere esauriti e hanno suscitato interesse in modo differente: molto nel caso del punto 5, tanto da creare l'occasione per un approfondimento in aula, i punti 3 e 4 sono risultati interessanti ma raccoglievano sostanzialmente posizioni quasi unanimi e quindi hanno suscitato poco confronto, il punto 2 è risultato quello di minore interesse per i convenuti.

La laurea in scienze infermieristiche: competenza o status?

La questione all'ordine del giorno era la seguente: la recente introduzione della laurea per gli infermieri ha in qualche modo cambiato la percezione del loro ruolo. In che modo e secondo quali direttive si può definire e delineare questo cambiamento nella realtà delle strutture ospedaliere?

Tutti si sono trovati d'accordo sul fatto che aver istituito un corso di laurea in Scienze Infermieristiche ha dato maggiore **competitività nello status più che nei contenuti** (gli infermieri oggi sono più preparati dal punto di vista teorico ma meno in quello pratico, perché fanno meno tirocinio).

"Io sono molto critico sul corso di laurea. Penso che ancora adesso sta avanti l'obiettivo di uno status (voglio laurearmi) piuttosto che avere la padronanza delle competenze. Il lavoro dell'infermiere che possiamo declinare in infermiere professionale ed infermiere non professionale, oppure infermiere o OSS, di fatto il problema c'è. Avere una laurea ha cambiato la concezione di quello che è infermiere".

Appare chiaro che le strutture richiedono in realtà **due livelli di competenza** nella prestazione infermieristica. Uno è un ruolo più prettamente assistenziale, l'altro modello è quello di infermieri molto specializzati, con capacità gestionali, come il *Case manager* che si prende in carico il paziente, lo segue durante tutto il percorso di cura, pianifica la

dimissione, contatta i servizi territoriali, fa da ponte con l'assistenza territoriale. In alcuni modelli organizzativi si affiancano a quello che è il ruolo del coordinatore, evitano che si facciano doppi esami che vengano convocate persone senza dei documenti per evitare di non poter intervenire sul paziente.

“Il cambiamento culturale che ci è stato deve prevedere anche un cambiamento organizzativo. Se cambi le aspettative devi dare anche degli sbocchi. Secondo me è giustificato l'infermiere case manager (gestione del paziente tra i ricoveri fuori e a domicilio), all'interno del ricovero ha senso nella gestione ancora di più di quello di adesso. In Italia dal '95 ad oggi dopo i DRG gli ospedali sono totalmente cambiati. Per me all'interno del reparto dovrebbero essere tutti case manager e poi l'assistenza medica è una consulenza, fa la diagnosi decide il protocollo clinico, dopodiché ci sono delle tappe che si porta avanti l'infermiere”.

“Il ruolo sta andando verso la centralità della persona e la continuità delle cure. Si dovrà sviluppare una figura infermieristica che terrà conto di questo. Si passerà da un modello funzionale al primary nursing, ma secondo me, almeno a livello ambulatoriale, si dovranno implementare i case manager”.

Il fatto di avere una laurea però sembra creare aspettative poco realistiche – per motivi di budget e strutturali nell'organizzazione – che danno **frustrazione**. Inoltre sembra non esserci corrispondenza tra l'immagine interiore che l'infermiere laureato ha del proprio ruolo e quella diffusa nella società, tra i pazienti e molti medici.

“Qui stiamo parlando di frustrati. Non puoi riconoscere a tutti un aumento economico. Un'altra cosa devastante è l'immagine sociale che ha l'infermiera (ciabattina che ti fa il letto). Bisogna attivare un grande percorso di cambiamento culturale”.

Tutti concordano sul fatto che siano necessari entrambi i livelli di assistenza infermieristica: alcune organizzazioni scelgono di **delegare** le mansioni puramente assistenziali ad altre figure (OSS), e fare “crescere” tutti gli infermieri in un ruolo di **maggiore responsabilità clinica** (i cosiddetti case manager, infermieri referenti o le research nurse dedicate alla ricerca clinica); altre preferiscono continuare a utilizzare gli **infermieri anche nell'assistenza diretta al paziente** perché ritengono che in questo modo si dia spazio a

una relazione più stretta e di fiducia con il malato, con un guadagno in termini di *compliance* e monitoraggio del paziente.

“Non dimentichiamo che la persona la capisci meglio quando la lavi”.

Appare evidente che i cambiamenti di ruolo comportano però altri cambiamenti organizzativi, in primo luogo nei **turni**, che dovrebbero essere ripensati per limitare al massimo la frequenza dei passaggi di consegne sui singoli casi. Questo soprattutto nel caso in cui l'infermiere ha responsabilità diretta sul caso (case manager). Questo però potrebbe non essere percepito positivamente dagli infermieri, che spesso scelgono i turni sulla base delle proprie esigenze personali:

“la popolazione media infermieristica è fatta prevalentemente di donne. Ad alcuni fa anche comodo fare dei turni per avere spazi per gestire le faccende familiari.

La turnistica attuale non va bene alle mamme. Vogliono andare in ambulatorio per stare più tranquille, in emodinamica perché si guadagna di più, sarebbe più logico avere una turnistica fissa, non avere OSS ma avere più giovani che si fanno un po' di ossa ad un livello più basso”.

Altro punto su cui tutti concordano: esistono **troppe specializzazioni e sottospecializzazioni** nelle lauree infermieristiche: sono 23! Questo crea un problema di costi, di sostenibilità del sistema, soprattutto se le aziende non definiscono dei ruoli specifici a cui attribuire un ruolo e una retribuzione superiore, il rischio infatti è che nascano una marea di master e che tutti vogliano ambire a un posto superiore.

Se invece il ruolo dell'infermiere è codificato, non si creano inutili aspettative. Dalle interviste in presenza è infatti risultato che gli infermieri sono confusi e non sanno come posizionarsi. Tranne i pochi che ricoprono i nuovi ruoli professionali più codificati, la maggior parte degli infermieri ha una percezione poco chiara e manifesta rabbia quando parla della loro professione.

Da una rapida indagine tra i presenti il **numero** degli infermieri disponibili sul mercato risulta comunque **sufficiente**, mentre la preparazione non è sempre adeguata, anche nel caso di infermieri laureati. Spesso si rende **necessario un training interno**, una sorta di tirocinio, perché la formazione universitaria risulta troppo teorica.

L'intervento di **Trevor Boutall**, che porta la sua competenza e l'esperienza nelle struttu-

re inglesi, ha evidenziato come il fatto che i ruoli stanno cambiando crei uno stress molto forte nelle organizzazioni. Anche nell’NHS si sta capendo che bisogna cambiare i ruoli e che **i titoli non descrivono più a pieno quello che le persone fanno**. Il nuovo approccio è quello di definire tutte le attività che vengono effettivamente svolte e poi trovare una persona che ha a disposizione queste competenze. Un sistema a diversi livelli, il **Knowledge Skill Framework**, è un *framework* unico che copre tutti i ruoli tranne quello del medico: c’è possibilità di crescita nel ruolo, ma non è automatico e bisogna dimostrare di avere delle competenze. Il problema, secondo Boutall, non è definire il ruolo ma definire cosa si fa. In Italia c’è l’idea della mansione o della professione che è ancora più forte dell’Inghilterra. “Definiamo bene i ruoli e il percorso di crescita. La competenza è una cosa da dimostrare”.

Tutti i presenti concordano sul fatto che in effetti l’unica soluzione è **lavorare sui processi, dalle prestazioni necessarie** per creare nuovi modelli organizzativi:

“partiamo dal processo, da cosa è composto. Poi vediamo chi ci mettiamo dentro”.

Anche se non tutti sono convinti che così verrà risolto il *gap* di fondo tra aspettative (soprattutto economiche e di ruolo sociale) e status ottenuto c’è chi suggerisce una maggiore attenzione agli atteggiamenti comportamentali.

Prevenire è meglio che curare: il conflitto si risolve in corsia

In Italia sono in crescita i **contenziosi legali** in ambito sanitario. Ma le strutture intervenute non sembrano temere più di tanto una crescita eccessiva. In particolare, ritengono che la figura del **mediatore di conflitti sia poco utile**, dato che il contenzioso il più delle volte nasce dall’Ufficio di relazioni con il pubblico e si conclude senza una causa. Il numero di incidenza è basso, è in crescita ma non ancora in boom. Se uno è scontento dell’intervento, se ritiene che sia stata sbagliata la diagnosi, di solito se ne accorge quando è già stato dimesso, per questo:

“il vero mediatore di conflitti è l’intero personale sanitario. Non avviene il ricorso alla giustizia quando sei nella struttura, ma quando torni a casa. Inoltre il più delle volte si può entrare direttamente in un contenzioso non gestito da un

legale ma da una persona che conosce bene i processi, l'ufficio legale lo abbiamo all'esterno. L'area di criticità è la chirurgia plastica ricostruttiva. Spesso le cause hanno un esito favorevole”.

Quello che sta succedendo comunque è il fatto che un presunto buon rapporto tra medico e paziente, una buona accoglienza, oggi non basta più, **è aumentata la conflittualità**, la predisposizione al conflitto del paziente, basta poco per deluderlo. Inoltre è aumentata l'entità dei rimborsi, quindi a parità di casistica quello che prima riguardava cifre nell'ordine di un milione di euro ora arriva sino a 30 milioni. Tuttavia i casi, nelle strutture sanitarie che hanno partecipato alla ricerca, non sono ancora in numero tale da destare preoccupazione.

Il rischio? Meglio gestirlo insieme!

La figura del *Risk Manager* nelle organizzazioni sanitarie è di fondamentale importanza. È stato chiesto agli intervenuti se ritengano debba essere una competenza esclusiva di una figura professionale o di un ufficio ben precisi o se **la responsabilità di gestione del rischio debba essere condivisa**. Quest'ultima ipotesi ha trovato tutti d'accordo.

“Noi abbiamo adottato entrambe le cose, un risk manager e una sensibilizzazione di tutti. Se tu sbagli e te ne accorgi e me lo vieni a dire non sarai punito a livello disciplinare. Il personale è molto sensibilizzato alla “no blame culture”. Non puniamo chi ha sbagliato, anche perché il più delle volte è o il processo o lo strumento, più difficilmente l'uomo a essere responsabile. Il nostro risk manager è un legale con esperienza sanitaria abbastanza vasta in staff alla Direzione Sanitaria”.

“Devi avere una struttura ma deve essere sensibilizzato tutto il personale. Il Risk Manager è nella Direzione Sanitaria e fa da facilitatore”.

“In ogni pezzetto del processo troverai dei concetti di risk management. L'obiettivo è quello di promuovere una cultura di rischio, bisogna avere tutti e due, la responsabilizzazione di tutti e uno che controlla”.

Qualcuno però solleva il problema della **difficoltà di comunicazione**: riuscire a far

parlare i medici sul perché “quella persona è morta non è facile”, e siamo ancora lontani dal caso di un sanitario che porta il proprio errore in un consesso di pari grado perché si possa parlarne e riflettere.

In questo senso favorire la **no blame culture**, ovvero il concetto che l'errore non è una colpa ma che siamo tutti responsabili, favorisce la segnalazione dell'errore, fondamentale per prevenire errori futuri. La diffusione specifica di questa cultura deve partire dalle direzioni generali e sanitarie e venire presa in carico dal *risk manager*.

Evoluzione tecnologica = Evoluzione organizzativa

L'evoluzione delle tecnologie comporta cambiamenti importanti nella pratica clinica e spesso richiede nuove competenze. La gran parte delle strutture presenti investe ogni anno una buona porzione del proprio budget in nuove tecnologie. Questo crea spesso la necessità di introdurre **nuove figure professionali** nell'organizzazione. Queste figure spesso si collocano **a metà strada tra il clinico e il tecnico** e danno vita a una **problematica di tipo strutturale** (cioè capire qual è la loro posizione nella struttura organizzativa) e **legale** perché spesso la legge non ne contempla l'esistenza e crea delle limitazioni.

Qualche esempio: la risonanza ha bisogno di figure specializzate come l'ingegnere biomedicale che lavora per estrarre dei dati, leggere i contenuti e offrire un supporto ai medici affinché queste tecnologie siano sfruttate a pieno; il biostatistico, che è così facile trovare sul mercato del lavoro, è necessario per leggere e identificare quella massa di dati che ogni azienda produce. Servono quindi nuove figure e le vecchie competenze possono modificarsi, per esempio il sonographer in Gran Bretagna è a metà tra il tecnico e il medico e può fare una prima refertazione. In Italia questo è impossibile perché la legge non lo permette, spesso però queste figure tecniche facendo ripetutamente lo stesso esame acquisiscono una *expertise* tale da essere più bravi di coloro che poi mettono la firma sui loro referti.

“Quale è la logica di mettere la firma su una cosa scritta da un altro? Va rivisto il processo. La doppia firma è una diseconomia, è uno spreco. C'è da aggiornare il sistema giuridico. Spesso il problema è legislativo”.

“Le competenze le riesci a individuare o a creare parallelamente alle tecnologie. Il problema è come gestire da un punto di vista legale, delle garanzie come

dare un inquadramento legale corretto rispetto alle competenze acquisite e alle attività che vengono svolte”.

“L’investimento in tecnologie è massiccio da parte di tutti, ma la tecnologia è un processo. Il problema è vedere come funziona. Dove mi serve vado a cercare le competenze. Ogni tecnologia necessita di certe competenze”.

La tecnologia offre grandi opportunità di risparmio ma comporta cambiamenti nell’organizzazione.

Valutazione della performance: a che punto siamo?

Viene riportata l’**esperienza di una struttura** che ha introdotto il sistema di valutazione delle performance, lo ha computerizzato per i medici e le risposte sono state positive. Il progetto è partito nel 2001 in tutte le aree tranne che la ricerca e l’area clinica: si è deciso di introdurre il modello della *job family* che trae origine dal lavoro fatto ad Harvard negli anni ’80 in questo ambito. Il **concetto di base è la responsabilità**.

“I caposervizi, direttori, caposala e capitecnici valutano con il modello job family, in funzione delle responsabilità. Tutti i ruoli sono stati divisi in famiglie (operativi, professionisti e operatori e customer service operator) con declinazioni diverse di livello, dopodiché la valutazione si basa sulle conoscenze e sulle competenze. Il modello nasce su un intervento a 6 mani (risorse umane, il sindacato, la linea e la direzione). C’è una politica premiante intorno all’1,4 – 1,5% che funziona, facciamo la gap analysis e vediamo se i progetti di formazione e sviluppo sono coerenti. La risposta sinora è stata negativa: il problema è il cambio di cultura, abbiamo carenze sul comportamento e per questo stiamo facendo coaching.

Per i medici abbiamo introdotto delle modifiche, siamo partiti dalla responsabilità, definito i ruoli e poi definito il profilo in termini di competenze professionali e competenze (5 al max). Abbiamo le skills specialistiche (base, inter-mediate, avanzate, suddivise per specialità) e non specialistiche (inglese, info, documentazione clinica, procedure). A livello 0 significa che non ti devi interessare di quell’aspetto a livello 4 se considerato esperto che fa scuola.

La valutazione viene fatta una volta l’anno tra gennaio e marzo arriva una

valutazione di coerenza dell'HR. La popolazione premiata è il 40%. Il colloquio per valutare viene fatto dal direttore al proprio collaboratore. I medici li valuta invece il direttore del dipartimento. I direttori non sono valutati ma stiamo pensando di valutare anche loro su obiettivi. La valutazione è unidirezionale. C'è una persona in prossimità alla dirigenza, un altro lo sarà a gennaio ed è sotto valutazione a 360°".

Trevor Boutall illustra il suo concetto di *performance management*: è aiutare la persona a raggiungere il massimo che può offrire. Non è una valutazione annuale che deve essere solo un momento in un **processo continuo**.

"Definiamo per ogni ruolo che cosa ci aspettiamo dal punto di vista delle attività e delle responsabilità. Il processo di aiutare la persona durante l'anno e di focalizzare sulle aree da migliorare in modo molto ben pianificato per arrivare alla fine ad una valutazione. Quello di saltare in su è un piccolo passo di tutto il processo. Nelle aree dove ho lavorato c'è una varietà enorme, devi avere dei manager capaci di fare il coaching di queste persone. Parliamo anche di risk management. Con il coach si vede meglio dove ci sono i rischi".

Spesso alla valutazione della performance è legato il variabile (cioè una parte dello stipendio che varia in relazione alla performance). È condivisa l'idea che però possa essere l'occasione di creare dei piani di sviluppo mirati in grado di focalizzarsi sulle reali necessità dell'azienda e non solo una sorta di esercizio di stile cui ci si sottopone per potere ottenere una certificazione.

"Noi abbiamo individuato la nuova mission, poi in sottogruppi abbiamo chiesto di individuare dei valori, li abbiamo poi messi insieme, clusterizzati e tirato fuori sei valori. Su questi valori abbiamo costruito il sistema delle competenze e per questo lo sentiamo nostro, perché discende dalla principale ragione d'essere dell'azienda. Io ho avuto la fortuna ad avere dalla mia parte i sindacati. I modelli di valutazione delle performance riducono a zero la conflittualità tra le risorse. Il processo è chiaro e trasparente quello che l'azienda si aspetta da te, poi sta a te decidere".

“Noi abbiamo delle parti di obiettivi che sono slegati dall’aumento di stipendio: è uno stagno drammatico”.

*“Io cerco di mettere in piedi anche se un po’ artigianale **la comunicazione tra il dipendente, il suo responsabile e la sua azienda**. Se non erano chiare prima attraverso questo momento ora lo sono”.*

Un sistema ben organizzato di valutazione delle competenze serve quindi allo sviluppo dell’organizzazione non solo per il suo sviluppo strutturale, ma anche perché diminuisce i conflitti interni rendendo chiare e trasparenti le “regole del gioco”, facilita o comunque implementa la comunicazione perché richiede frequenti momenti di confronto e scambio, permette alle persone di crescere e può creare un circolo virtuoso organizzativo. Elimina anche la definizione degli obiettivi inutili, in quanto il meta obiettivo è quello di far risaltare l’eccellenza di ogni singolo professionista. Un taglio alle voci di straordinario in una organizzazione privata, nella carta degli obiettivi da premiare difficilmente rientra in un vero sistema di valutazione della *performance*.

Una nota del conduttore

La comunicazione durante tutto il tempo è stata molto spontanea e la partecipazione attiva (con qualche eccezione), non ci sono stati scontri, forse solo qualche confronto un po’ sentito. In generale le parti erano contente di poter dare il loro contributo e hanno dimostrato un buon livello di collaborazione. Probabilmente parte di questo risultato è anche legato al fatto che i convenuti si sentono parte di un’*élite* in ambito sanitario, sono sicuri di sé, non si sentono intimoriti dal confronto, ma anzi lo desiderano e lo vogliono: sono ai vertici delle più importanti e prestigiose strutture private lombarde – quindi italiane – e sentono proprio il ruolo di “apripista”.

Conclusioni della ricerca field a cura di Maria Giulia Marini

Una delle parole chiave di questa ricerca sul campo è stata il termine “eccellenza”. La sanità privata lombarda è d’“eccellenza”, le strutture che hanno partecipato alla ricerca sono d’“eccellenza”. Però dalle interviste svolte in presenza e dal *focus group* si evince attraverso affermazioni autentiche e genuine che c’è conflitto tra medici e infermieri, infermieri laureati e non, che la valutazione delle competenze viene fatta ogni due-tre anni all’interno di una struttura, che in Italia la situazione legislativa non permette ad altre professioni – come i tecnici *sonographer* – di produrre referti, caricando di questa attività il medico che dal punto di vista delle competenze potrebbe dedicarsi ad altro.

Allora dov’è l’“eccellenza”? Una definizione riconosciuta per la cultura manageriale del termine eccellenza è che questa sia il prodotto tra “efficacia e efficienza”. Efficacia in sanità significa esito clinico/prestazione, efficienza significa prestazione/risorse iniziali quindi eccellenza significa **esito clinico/risorse iniziali**. Anche Joint Commission e le strade che portano al miglioramento di qualità sottolineano questo punto: **quale** salute prodotta – e quindi misurata – per **come** la si è prodotta.

I centri che hanno aderito alla ricerca tendono all’eccellenza in questo senso e ben sanno che l’eccellenza non è un “semplice status dichiarato” ma una meta organizzativa da raggiungere attraverso continue revisioni sistematiche di processo.

Il *kai zen*, è una tecnologia di miglioramento continuo della qualità: la parola viene da *kai* (cambiamento) e *zen* (meglio): il *management*, secondo questa filosofia, è **al servizio** delle persone che producono nell’organizzazione: è attraverso l’ascolto attento dei contributi (sistema dei suggerimenti) dei professionisti che le gerarchie aziendali possono essere guide autentiche, stimate e riconosciute: questa è eccellenza.

Nel contesto particolare di questa ricerca, eccellenza c’è stata nella trasparenza e nella autenticità di risposte che hanno indicato che nel sistema – sistemi che sanno che non possono essere mai contenti di sé stessi e che sono sempre alla ricerca del miglioramento continuo – ci sono delle zone di ambiguità, di confusione, di diversi gradi di evoluzione. Eccellenza è nel comportamento delle persone intervistate che desiderano mettere a fattore comune le questioni rilevanti perché si possano affrontare, elaborare e dunque gestire.

Fatta questa premessa su cosa è eccellenza, dalla ricerca sul campo è emerso in sintesi che:

– il medico **è, e diventerà, un consulente esperto** nelle strutture sanitarie, ma la parte di cura e assistenza è di pertinenza dell’infermiere, *case manager* del paziente. La sua for-

- mazione potrà essere in parte auto-gestita (congressi scientifici) ma in parte sarebbe opportuno che rientrasse nei bisogni organizzativi del sistema-struttura sanitaria;
- il **medico potrà essere affiancato da ruoli amministrativi** che lo aiuteranno negli aspetti più gestionali: non necessariamente diventerà *manager*-burocrate ma avrà dei facilitatori che lo aiuteranno nel sistema di controllo di gestione di dipartimento, ridandogli il tempo per fare “il medico”;
 - l’infermiere con laurea di primo livello è percepito come “**debole**” **nelle competenze pratiche**, in quanto il tirocinio oggi non è sufficientemente sviluppato: è quindi da fortificare il suo sapere clinico e scientifico, non dando per scontato che la laurea comporti già una professionalità acquisita;
 - l’infermiere con laurea di secondo livello, **l’infermiere di ricerca, dispone di competenze utili per la gestione di studi clinici** ma le sue attività non sono percepite chiaramente all’interno dell’organizzazione sanitaria di appartenenza;
 - gli Operatori Socio Sanitari e Operatori Tecnici Addetti all’Assistenza svolgono già in alcune strutture le attività che una volta erano di pertinenza degli infermieri senza ruolo di coordinamento. E’ importante **gestire la valorizzazione professionale di queste figure**, attraverso corsi tecnici e spesso di lingua italiana, per poterli meglio integrare nel tessuto organizzativo;
 - relativamente alle nuove professioni – *sonographer*, tecnico perfusionista – vi sono delle **limitazioni legislative** italiane che non permettono a queste figure professionali di produrre referti indipendentemente dalla figura del medico. Vincoli legali che andrebbero quindi risolti, adeguando la normativa italiana con quella di altri paesi di riferimento per l’organizzazione sanitaria;
 - gli istituti di ricerca (IRCCS) si stanno attrezzando con la nuova competenza del **data manager e del biostatistico** per svolgere studi clinici: questa è un’attività a altissimo valore aggiunto, dove finalmente la ricerca per l’Italia non sarà principalmente importata dall’estero già confezionata ma vi saranno investimenti per far fiorire la ricerca assieme alla cura;
 - la gestione del rischio clinico richiede la nuova professione del **risk manager** in direzione sanitaria, ma soprattutto **deve essere una competenza da sviluppare in modo trasversale** all’interno della struttura sanitaria;
 - lo sviluppo delle competenze nel **mentoring**, ovvero di affiancamento dei giovani professionisti da parte di colleghi con maggiore esperienza, è un’area di attenzione. Il mentoring permette la costruzione di un clima di fiducia e collaborazione sia per i giovani che per i “senior” operatori del sistema;
 - la **valutazione delle competenze cliniche**, relazionali e gestionali si sta diffondendo

L'indagine *field*

nelle strutture intervistate e viene vissuta come uno strumento di crescita organizzativa: sarà utile farla passare dalla fase di “neo-progetto” con valutazione ogni *due anni*, alla fase di processo, con valutazione almeno annuale per far sì che la guardia di “sorveglianza” sulle competenze non sia allentata ma sia in maniera costante al passo con le avanguardie scientifiche e organizzative.

APPENDICE

Altre voci: le parti sociali, Assolombarda e il CO.L.C.I.S. a cura di Maria Giulia Marini e Caterina Montemurro

Il sindacato CISL

L'intervista al sindacato – ha risposto la parte sociale della CISL – è stata effettuata attraverso somministrazione di un questionario nel giugno del 2008. Desideriamo riportare l'intervista per intero, in modo da dare trasparenza al dialogo scritto tra i ricercatori e il sindacato.

1) Tra le priorità del sindacato che ruolo ha la formazione e cosa rappresenta la relazione formazione-individuo?

“E’ fondamentale e strategica per non far “sedere” il sistema sanitario, sottoposto a continue innovazioni. In particolare, è importante considerare l'operatore una persona-individuo (con aggiornamento e formazione ad hoc) e non una rotellina di un sistema: questo può diventare un importante incentivo culturale per coinvolgere attivamente il singolo alla mission professionale (ed etica) dell'azienda”.

2) Quanto la formazione è uno strumento di sviluppo di competenze e quanto lo è per gestire buone relazioni industriali?

“Per quanto mi riguarda deve essere soprattutto uno sviluppo di competenza a favore del sistema generale. Poi se può servire a gestire buone relazioni sindacali anche con enti bilaterali ben venga”.

3) Come e in che misura i sindacati riescono a valorizzare le professionalità esistenti (es. medici, responsabili dei servizi infermieristici, ricercatori, infermiere diplomate/laureate/di ricerca, OSS, OTA)?

“Cercando di individuare argomenti che stimolino la voglia di conoscenza di chi vuole migliorarsi e migliorare il sistema nel complesso, senza però eccedere troppo nel professionismo dell'aggiornamento eccessivamente “individualizzato”, in casi estremi rivolto a personale non presente in prima linea a applicare ciò che ha assimilato”.

4) Rispetto alle categorie riportate nella domanda precedente, nelle organizzazioni sanitarie private, avete la percezione che i ruoli sono chiari e distinti? Ad esempio, per i sindacati in cosa e come si distinguono gli infermieri con titolo di laurea di secondo livello dagli infermieri con laurea di primo livello e dai diplomati?

“Premessa: in questa fase di grandi trasformazioni dei percorsi formativi sanitari abbiamo sempre sostenuto l'equipollenza dei titoli. Non possono pagare professionalmente i lavoratori che hanno superato i corsi di riferimento (con percorsi diversi) nel periodo storico di riferimento. La distinzione di ruolo e competenza tra le diverse professioni sanitarie in azienda è molto chiara e precisa tra i lavoratori del settore. Il titolo di laurea serve invece per il riconoscimento alla dirigenza dell'ufficio infermieristico. Sono le università e le aziende che fanno una distinzione (forzata) nelle selezioni di carriera tra infermieri tenendo conto anche della scolarità acquisita”.

5) Che tipologia di rapporti intercorrono con le risorse umane e in che modo i sindacati intervengono nelle scelte dei responsabili di organizzazione, sviluppo e selezione?

“Nelle aziende private dipende molto dal livello di relazioni corrette e trasparenti che si vogliono instaurare con il sindacato nel rispetto dei reciproci e diversi ruoli. Non “tutti i posti” sono uguali”.

6) In che modo i sindacati riescono ad intervenire nelle relazioni tra i ruoli ad esempio tra medici e infermieri o ancora per assicurare l'appropriatezza dei carichi di lavoro?

“Se siamo coinvolti possiamo contribuire molto e bene, ma dipende dalle Direzioni delle Risorse Umane – alcune gelose della propria autonomia – e anche dalla disponibilità degli stessi operatori che sono talvolta diffidenti verso il sindacato”.

7) Come è percepito il sindacato all'interno delle singole organizzazioni di sanità privata ? Secondo voi ci sono differenze con il comparto pubblico?

“E' percepito come una sorta di assicurazione da usare quando occorre. Di solito il lavoratore si avvicina al sindacato al bisogno: poche sono le eccezioni legate ad una idealità sociale nata in un contesto familiare, che purtroppo non è più così frequente, certamente anche per colpa nostra.

Le differenze con il comparto pubblico sono enormi: in sanità pubblica gioca molto il fattore politico e la conoscenza che in sanità privata praticamente non esiste nelle scelte importanti. Nel pubblico sono presenti molti più interessi e veti di parte, tanto è vero che la meritocrazia è quasi praticamente sconosciuta”.

8) Sentite delle differenze tra l’ “essere sindacato” della sanità privata e l’ “essere sindacato” per le imprese fornitrici?

“Sì molto. Non incide solo nell’essere sindacato, ma molto di più, nell’organizzazione del lavoro tra colleghi con lavoro uguale e contratto diverso. Ho sposato da anni (sono stato tra i primi) l’idea di contratto unico di settore per tutti i lavoratori dentro una stessa azienda sanitaria, tutto sarebbe molto più semplice anche per la gestione dei costi delle gare di appalto e la concorrenza tra enti”.

9) Tra persone che appartengono ad un sindacato ci sono anche medici, infermieri, ecc., che rappresentano le svariate categorie professionali?

“Sì, siamo la CISL, un grande sindacato confederale nel vero senso della parola”.

10) Cosa è per voi il concetto di bilateralità (associazioni datori di lavoro / sindacati dei lavoratori) che ruota intorno ai piani formativi?

“Organizzare meglio la macchina sanità nel rispetto dei reciproci ruoli senza collaborazioni sospette”.

11) Che ruolo hanno i sindacati nel definire il rinnovo contrattuale delle categorie professionali nell’ambito della sanità privata?

“In questa fase il ruolo è molto scarso, visto i 30 mesi di ritardo cumulato. Molto più incisivo è il potere delle regioni che possono sospendere l’accreditamento delle strutture sanitarie. A mio parere o il sindacato confederale si decide a bloccare per più giorni introiti ai privati (blocco delle sale operatorie, degli ambulatori e servizi diagnostici...rimanendo aperti solo i dipartimenti di emergenza) o altrimenti stiamo qui in eterno con stipendi da fame”.

12) Il rinnovo del contratto è uno degli obiettivi che potremmo definire tra i principali?

“Principale, in questo momento, ma non unico. Dobbiamo insistere su formazione e contratti integrativi aziendali stabili legati al merito e al lavoro”.

13) Cosa significa garantire il diritto alla salute in materia di assistenza sanitaria ed ambulatoriale?

“Diritto alla salute: è un patto tra Regioni, aziende sanitarie locali, aziende pubbliche e private accreditate per rispettare tutte le regole del “sistema sanità”, senza sconti o furbizie, a cui ci si deve adeguare, tramite una seria programmazione regionale e nazionale legata ai veri bisogni della cittadinanza, ormai noti statisticamente da anni. Nei contratti di accreditamento dovrebbero esserci regole molto strette (di struttura, delle apparecchiature e del personale) che non lasciano spazi anche a concorrenze sleali nel sistema. Sono necessari controlli mirati alla qualità di prestazione poiché le quantità sono decise da una programmazione ben fatta.

Propongo come meccanismo di pagamento, l’anticipo delle tariffe DRG per coprire le spese di personale e beni-servizi e l’effettuazione del pagamento del conguaglio dopo il controllo dell’appropriatezza e della qualità delle prestazioni. Inoltre i dirigenti e professionisti pubblici o privati che “sgarrano” vengono espulsi a vita dal sistema con sanzioni personali e a società che non hanno vigilato. Senza che i lavoratori non colpevoli possano pagare con il posto di lavoro”.

14) Cosa significa il diritto alla libera scelta del cittadini sull’assistenza sanitaria?

“Diritto alla libera scelta del cittadino: è solo un annuncio di una fortunata campagna elettorale. In Italia e in Lombardia la libera scelta è sempre esistita. I treni della speranza non li ho inventati io ma sono sempre esistiti. Prossimamente la libera scelta sarà europea e forse ci troveremo impreparati con macchinari e ospedali obsoleti. Ma questo è il Paese che ci meritiamo”.

ASSOLOMBARDA

Qui sono elencati i punti salienti emersi in una intervista in presenza svolta a giugno 2008, con il responsabile del settore della sanità privata e i suoi collaboratori per Assolombarda.

1) Si può fare un distinguo tra sanità pubblica e sanità privata?

“Rispetto al settore sanità non si può fare un distinguo tra settore pubblico e privato, è utile riflettere sui casi di eccellenza o meno, sicuramente il territorio lombardo è già di per sé un’eccellenza”.

2) C’è differenza tra le competenze richieste in un’azienda di prodotto rispetto ad un’organizzazione che produce salute?

“Le professionalità e le persone che lavorano all’interno di organizzazioni sanitarie giocano un ruolo molto più importante e delicato rispetto ad altre realtà, “il prodotto” in questo caso è il paziente, è una persona, il bene da tutelare è la vita, questa è la vera differenza”.

3) Che ruolo ha la formazione nella sanità?

“In base alle riflessioni di sopra è logico che il ruolo della formazione e della valorizzazione delle competenze rispetto a tutte le professionalità coinvolte gioca un ruolo strategico e fondamentale: non è possibile non fare formazione. La manutenzione della formazione è un capitale dell’individuo e si traduce in maggiori chance di occupazione del professionista.

La mancanza di formazione continua potrebbe portare, come è avvenuto già nel settore chimico, ad avere alti tassi occupazionali ma con competenze obsolete”.

4) Quale formazione?

“La base è la formazione tecnica, ad esempio su nuove metodologie o strumentazioni d’avanguardia, quindi il training on the job è importante; la formazione su competenze trasversali e più ampie serve a svolgere ulteriormente bene e esplicitare al meglio la propria professionalità”.

Appendice

5) Quale è la vision di Assolombarda rispetto alla sanità?

“La nostra vision è: far diventare la sanità lombarda la migliore al mondo, con una vision che consiste nell’intento di diffondere una cultura organizzativa di eccellenza in realtà che oggi non lo sono”.

IL CO.L.C.I.S.: Confindustria Lombardia - Coordinamento interprovinciale della Sanità

Il questionario è stato posto direttamente al Presidente del CO.L.C.I.S. nel giugno 2008. Qui, integralmente, le risposte che ci sono giunte:

1) Che cosa è il CO.L.C.I.S.?

Come è nato e chi lo ha promosso e sostenuto:

Il CO.L.C.I.S. (Confindustria Lombardia – Coordinamento Interprovinciale della Sanità) è stato costituito nell’ambito di Confindustria Lombardia su iniziativa di Assolombarda e di alcune Associazioni Territoriali Lombarde.

Finalità:

Il CO.L.C.I.S. esercita la propria attività perseguendo i seguenti scopi:

- istruire e approfondire le tematiche relative alle politiche della Regione Lombardia di interesse specifico per il settore sanità;*
- supportare le attività di rappresentanza del Consiglio regionale di Confindustria Lombardia e del Presidente di Confindustria Lombardia in relazione alle tematiche specifiche del settore sanità, elaborando proposte e posizioni;*
- rendere note, coordinare e sostenere le iniziative dei Gruppi della sanità costituite nelle associazioni territoriali federate per massimizzarne l’efficacia e favorirne le sinergie, al fine di uniformare le linee operative pur nel rispetto delle diverse specificità territoriali;*
- promuovere le iniziative relative alle attività di marketing e sviluppo associativo.*

Come è organizzato/articolato (sedi):

Il CO.L.C.I.S. si riunisce presso Confindustria Lombardia secondo un calendario stabilito di anno in anno, salve convocazioni particolari per temi specifici. All’interno del CO.L.C.I.S. possono essere costituiti Gruppi di Lavoro tematici, gruppi che si occupano di attività di analisi ed istruttoria, per poi presentare iniziative/risultati al plenum del CO.L.C.I.S.

Chi lo compone:

Il Coordinamento interprovinciale della Sanità è costituito, per il tramite delle Associazioni territoriali aderenti a Confindustria Lombardia, dai Presidenti dei Gruppi ovvero da loro delegati, assistiti dai propri funzionari, nonché dal Presidente o delegato delle Associazioni di categoria del settore sanità con le quali siano stati stipulati accordi. Nel caso in cui un'associazione territoriale non possieda al proprio interno un Gruppo Merceologico delle imprese del settore sanità, il Presidente dell'associazione territoriale designa un proprio rappresentante all'interno del CO.L.C.I.S., individuandolo nell'ambito delle imprese associate del settore sanità.

In cosa si estrinsecano le relazioni con Assolombarda:

Assolombarda, quale Associazione Territoriale aderente a Confindustria Lombardia è parte del CO.L.C.I.S., nonché membro fondatore. Inoltre, il CO.L.C.I.S. utilizza le competenze specifiche di Assolombarda, che svolge l'attività di Segreteria, per le attività che gli competono.

2) Che tipologie di attività svolge?

Temi su cui è impegnato:

- “il supporto nella discussione con il Governo centrale sul trattamento fiscale del sistema sanitario e della ricerca (in particolare la normativa IVA-IRAP);*
- il supporto alla Regione Lombardia anche come “partner” in previsione della stesura degli atti programmatori (es. il PSSR);*
- contributi nello studio e nella ricerca di ulteriori fonti di finanziamento della spesa sanitaria, quali possono essere i fondi integrativi, i sistemi assicurativi;*
- adozione di iniziative, in collaborazione con le istituzioni, volte a sviluppare la “vocazione” attrattiva del Sistema Sanitario Lombardo, non solo verso le altre Regioni italiane, ma nei confronti dei Paesi UE ed extra UE;*
- il supporto alle decisioni nazionali/regionali in tema di compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, anche attraverso formule innovative;*
- lo sviluppo di proposte che attraggano investimenti sulle eccellenze anche attraverso la costituzione di Distretti e Parchi Scientifici Territoriali altamente competitivi inseriti in*

aree fiscalmente protette dove Aziende e Università pubbliche e private, enti di ricerca e industrie possano lavorare in modo sinergico ed efficiente e ricevere i contributi necessari attraverso meccanismi e metodi meritocratici, sulla base dei risultati raggiunti”.

Con che tempi di intervento:

“Non esistono tempi codificati di intervento. Il CO.L.C.I.S., come già esplicitato, si riunisce secondo un calendario annuale e propone focus group su temi specifici che, a seconda delle tematiche, si interfacciano con i necessari interlocutori secondo tempi e modi connessi alla tematica affrontata”.

Il coordinamento in cosa consiste:

“Il coordinamento consiste nel raccogliere le istanze dei membri e, anche attraverso la costituzione di focus group tematici, nell’analisi di tali istanze per poi proporre univocamente problemi/soluzioni agli interlocutori istituzionali”.

Quali Stakeholder coinvolge e quali sono gli interlocutori privilegiati:

“Gli interlocutori privilegiati sono Regione Lombardia e i soggetti istituzionali (ASL, ecc.). In relazione agli stakeholders, possono essere individuati negli interlocutori medesimi, nonché nelle Università, nei soggetti pubblici e nei cittadini”.

Come si pone il CO.L.C.I.S. in relazione agli attori della Sanità Lombarda:

*“Scopo del CO.L.C.I.S. è quello di porsi **come soggetto attivo e partner collaborativo all’interno del Sistema Sanitario Lombardo**, in quanto espressione sia delle Associazioni Territoriali (che, a loro volta, sono espressione delle Strutture Sanitarie Private associate) nonché delle Associazioni di Categoria della Sanità Privata. Nei confronti dei soggetti istituzionali, quindi, il CO.L.C.I.S. cerca di promuovere attività di collaborazione (e rappresentanza), anche attraverso **il confronto con il Settore Pubblico, in un’ottica di un Sistema Sanitario Lombardo visto come unicum, espressione sia del Settore Pubblico che del Settore Privato**”.*

L'attività riguarda e coinvolge il settore pubblico o privato o ambedue:

*“Allo stato l'attività riguarda in particolar modo il settore privato, ma ci sono progetti già avviati in relazione ai quali si sono stabiliti contatti anche con il settore pubblico, in un'ottica di **cross-fertilization e benchmarking**”.*

3) Il CO.L.C.I.S. ha in progettazione/realizzazione programmi o misure di continuità assistenziale tra strutture ospedaliere e articolazioni territoriali; come attore centrale di rete (network) è un diffusore di modelli alternativi?

“No, salvo che pervengano istanze di progettazione o diffusione di modelli alternativi da parte dei soggetti membri, che potrebbero dare corso a specifici focus per esaminare le possibilità di attuazione e proposta di tali progettualità”.

4) Per il CO.L.C.I.S. che ruolo ha la formazione nel settore sanitario e socio-sanitario?

“La formazione costituisce ormai una riconosciuta necessità per tutte le attività ma ciò vale tanto più nel settore sanitario e socio-sanitario dove si opera nei riguardi di persone bisognose di cure. A ciò si aggiunge il fatto che la sanità privata lombarda lavora con standard di eccellenza e per ottenere alti livelli di qualità nelle cure e nei servizi è fondamentale la qualità delle risorse umane che va accresciuta e mantenuta per mezzo appunto della formazione”.

5) In questo campo, si occupa dell'adeguatezza e manutenzione delle competenze dei professionisti di settore?

No salvo l'utilizzazione, da parte dei membri del CO.L.C.I.S. in quanto Aziende, degli accordi sindacali sulla formazione continua stipulati dalle Associazioni Territoriali.

6) Per fare un esempio concreto il San Raffaele applica un contratto pubblico, mentre altre strutture hanno scelto un'altra strada cioè inquadrare le competenze mediche come libera professione. Il CO.L.C.I.S. si è mai occupato di spingere verso l'armonizzazione in senso contrattualistico riguardo le strutture sanitarie presenti sul territorio Lombardo?

“Non credo che l'analisi sottesa alla domanda sia completamente corretta. E' assoluta-

mente sbagliato attuare un automatismo applicazione del contratto pubblico = lavoro subordinato e non applicazione contratto pubblico = lavoro autonomo.

Tutte le strutture Associate alle Associazioni Territoriali o alle Associazioni Categoricali consorziate nel CO.L.C.I.S. applicano un contratto nazionale (Sanità Privata Medici, Sanità Privata Comparto, Studi Professionali, ecc.), con utilizzo esteso della forma di lavoro subordinato, sia in campo infermieristico/assistenziale che in campo medico. Esiste, ovviamente, l'utilizzo di forme di lavoro diverse dal lavoro subordinato, ma senza alcuna correlazione con l'applicazione o meno di un contratto nazionale di riferimento, sia esso pubblico o privato.

Per quanto riguarda la "spinta" verso l'armonizzazione, questa non è ipotizzabile dal momento che la scelta sulla contrattazione da applicare è demandata alle singole strutture e, comunque, il CO.L.C.I.S. non è soggetto che possa attuare una istanza di contrattazione con intenti di unificazione/armonizzazione. Sicuramente sono in corso attività di costituzione di Gruppi di Lavoro in ambito gestionale e sindacale che cercano, in una logica di network, di diffondere best practices o comportamenti gestionali comuni, al fine di creare una cultura condivisa.

Non credo che la contrattazione nazionale, dato il carattere generale della stessa, sia in grado (salvo alcuni specifici casi di contratti nazionali che hanno puntato in particolar modo sul tema) di avere un impatto sulla formazione e sulla manutenzione delle competenze.

La formazione, elemento fondamentale, soprattutto in ambito sanitario, deve essere promossa e potenziata attraverso accordi che possono essere stipulati dalle Associazioni Territoriali, salvo poi una necessaria declinazione a livello delle singole Aziende, le quali devono essere le depositarie di una sensibilità formativa che vada al di là della formazione 'istituzionale'".

Le voci intervistate, la posizione del sindacato (CISL), di Assolombarda e del CO.L.C.I.S. fanno capire quanto sia importante il loro impegno reciproco nella promozione di buone prassi di cultura organizzativa in sanità: sia il sindacato sia Assolombarda ribadiscono il carattere distintivo di un'impresa che si occupa di salute (di vite umane), rispetto a una qualsiasi altra azienda produttiva. Il tema delle competenze qui non è solo affrontato per garantire un "posto di lavoro", ma per essere veramente aggiornati su quelle che sono le corrette prestazioni sanitarie per curare gli individui.

Appendice

La sanità privata si deve inserire in *un continuum* con la sanità pubblica, come riporta Assolombarda, mantenendone, a detta del sindacato la qualità di essere affrancata dalle cariche politiche e di costituire un modello organizzativo dove si può parlare di “merito-crazia” e quindi di valutazione delle competenze. Emerge anche dalle righe delle interviste che le strutture di eccellenza possono fare da esempio alle altre strutture, pubbliche e private che siano, non di eccellenza: il buon modello va diffuso agli altri, diventando una scelta organizzativa in quanto efficace e efficiente e capace di gestire la complessità.