

LA DIRIGENZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO

Sergio Sisca

Ospedale S. Maria Annunziata, ASL 10 Firenze

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) negli ultimi anni ha subito un processo di trasformazione radicale che ha interessato in maniera significativa il ruolo del medico ospedaliero.

La riforma Bindi ha posto importanti innovazioni nello stato giuridico della dirigenza sanitaria puntando su quattro punti fondamentali:

- livello unico di dirigenziale in linea con quanto previsto nella dirigenza del pubblico impiego.
- Incarichi dirigenziali a termine sottoposti a verifica.
- Accesso agli incarichi direzionali solo per meriti personali e non in base a diritti acquisiti.
- Esclusività di rapporto con il SSN, incentivata sia dal punto di vista economico che come requisito per ottenere incarichi di alta responsabilità gestionale.

Dai tre livelli alla Dirigenza Unica

Il DPR 128/69 aveva attribuito ai primari poteri gerarchici mentre tutti gli altri medici dovevano limitarsi ad eseguire ordini e direttive. Il DPR 761/79 ha modificato parzialmente il sistema gerarchico affidando ai medici apicali compiti di studio, di didattica, di ricerca, di preparazione dei piani di lavoro e di verifica della loro attuazione. I primari potevano “assegnare a sé ed agli altri medici i pazienti da ricoverare ed avocare i casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l’obbligo di collaborazione da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali”.

Al medico coresponsabile, definito aiuto, veniva riservata la responsabilità autonoma delle attività a lui affidate.

Il D.L. 502/92 e le successive modifiche (D.L. 517/93) costituiscono un importan-

te cambiamento all’interno del Servizio Sanitario Nazionale italiano, introducendo elementi di tipo privatistico nell’erogazione dell’assistenza sanitaria pubblica. Questo aspetto di aziendalizzazione ha portato con sé una trasformazione significativa del ruolo e dei compiti del medico e delle altre figure professionali (Farmacisti, Biologi, Psicologi, Fisici, Ingegneri, Amministrativi) che hanno assunto la connotazione di Dirigenti e sono stati sottoposti alla normativa propria dei dirigenti dello Stato (D.L. 29/92). Ad essi è stato imposto di assumersi quelle responsabilità tipiche delle aziende, fino a qualche anno fa estranee alla loro professione: budget, rendimento, risultati, risorse, efficienza, efficacia, economicità, competitività.

Il ruolo del dirigente sanitario, medico in particolare, ha assunto caratteristiche che lo differenziano notevolmente dalla dirigenza pubblica, e soprattutto dalla dirigenza di impresa, per alcuni aspetti peculiari. Infatti, nella sua capacità di autonomia decisionale deve tenere conto non solo delle direttive impartite dal Direttore Generale, e quest’aspetto è comune a tutti i dirigenti, ma anche delle richieste del cittadino/paziente, in un rapporto personale che è carico di connotati etici e deontologici molto più stretti che negli altri casi. Un altro aspetto del dirigente medico è costituito dal fatto che la responsabilità manageriale è fondata non sulla violazione colposa o dolosa dei doveri d’ufficio ma sulla incapacità a raggiungere risultati adeguati. Una peculiarità del dirigente di impresa è che egli negozia gli aspetti del trattamento economico con i vertici dell’azienda al momento della stipula del proprio contratto, nella sanità pubblica invece il trattamento economico è definito con il contratto nazionale di lavoro.

Ai sensi della 29/92 il ruolo della dirigenza medica era anomalo rispetto alla restante dirigenza del pubblico impiego. Il ruolo di dirigente è un ruolo unico con compiti di maggiore o minore impegno o difficoltà, affidati per delega da parte della direzione generale, e quindi anche con retribuzione differenziata in base alla funzione. Al contrario, la dirigenza medica era distinta in due differenti livelli dirigenziali, con forti rigidità fra i due ruoli, per cui i compiti, le responsabilità e la retribuzione più che alla funzione svolta erano legati alla posizione.

Le conseguenze di tale rigidità erano numerose. La prima, di più vecchia data, era la “rendita da posizione”: il livello e la conseguente retribuzione venivano mantenuti a prescindere dal livello dei risultati raggiunti, il che costituiva una forma di auto-rità indiscutibile.

Pur con le modifiche introdotte con il D.L. 502/92 e con il Contratto del 1996, le funzioni del dirigente di II livello restavano quelle di direzione ed organizzazione da attuarsi mediante direttive ed indirizzi al personale operante nella struttura. Inoltre a lui spettavano le decisioni sulle scelte inerenti gli interventi clinici, diagnostici e terapeutici.

Il dirigente di I livello doveva avere compiti operativi di coresponsabilità, collaborativi con “precisi ambiti di autonomia professionale nella struttura di appartenenza”.

Come si vede, pur con la trasformazione del medico ospedaliero in dirigente, i compiti di responsabilità non avevano ancora assunto le caratteristiche tipiche del dirigente, soggetto a verifica dei risultati ottenuti, ma quelle di un pubblico funzionario soggetto solo al rispetto dei regolamenti. Una simile impostazione non dava alcuna garanzia ai dirigenti di I livello di uno sviluppo corretto della propria attività professionale, essendo essa completamente dipendente dalla disponibilità del dirigente apicale e non essendo soggetta ad alcun tipo di regolamento che imponesse la formazione dei medici più giovani. Questo oltre a distanziare sensibilmente il medico ospedaliero italiano dai colleghi dei paesi più evoluti, ha prodotto, specialmente in certe discipline, una carenza di professionisti esperti. Il medico apicale esperto che

non insegna ai più giovani è un impedimento al sistema perché diventa unico ed indispensabile.

Su un piano strettamente aziendalistico, la presenza di certe conoscenze ed abilità professionali concentrate su uno o su pochi componenti per qualsiasi motivo può non riuscire ad assicurare una immediata risposta alle richieste dell'utenza quando l'unico professionista in grado di assicurare certe risposte assistenziali venga a mancare con il duplice svantaggio di abbassare non solo il livello assistenziale, fino a costringere il cittadino a cercare altrove la risposta di cui ha bisogno, ma anche economico dell'azienda. Quest'ultima infatti continua a mantenere economicamente una struttura che non funziona adeguatamente e deve corrispondere a quella alla quale il proprio assistito si rivolge, il compenso relativo alla prestazione erogata.

Veniva istituito inoltre un principio secondo cui il dirigente apicale di una struttura, selezionato in base a procedure concorsuali tese essenzialmente ad accertarne la preparazione scientifica e tecnica, era automaticamente investito di compiti di programmazione e di direzione. Compiti dei quali, come detto sopra, non era tenuto a dare conto, salvo il rispetto delle leggi e regolamenti.

Le sostanziali modifiche introdotte dal D.L. 502/92 non furono ritenute sufficienti per garantire un'evoluzione del SSN verso una dimensione aziendale. Il Parlamento, pertanto, nel 1998 approvò una Legge delega che impegnava il Governo ad una modifica delle norme che regolavano il SSN, assecondando una tendenza legislativa che era già operante per la riorganizzazione della Pubblica Amministrazione.

Il recente D.L. 229/99 ha infatti accentuato le caratteristiche di aziendalizzazione del SSN ed ha introdotto il principio che anche per la dirigenza sanitaria si debba

adottare lo stesso criterio in vigore per tutta la restante dirigenza: il livello unico di dirigenza.

I medici di II livello capaci e con il carisma di leader non hanno dimostrato alcun timore del ruolo unico dirigenziale. Al contrario qualche "barone" (vedi figura) continua a difendere la vecchia spartizione su due livelli, senza riuscire a capire che, come afferma Baraldi "in una qualunque organizzazione la leadership si esprime nella capacità di mobilitare le energie delle persone che ne fanno parte. I leader inducono i collaboratori a voler fare piuttosto che a dover fare. Quando si chiede agli altri di realizzare un progetto, al quale si crede, non sono sufficienti discorsi ricchi di pathos, perché le persone si convincono solo con i fatti: i leader agiscono in prima persona, si interessano, partecipano direttamente allo sforzo di realizzare progetti, sono di esempio, fanno ciò che dicono agli altri di fare. Sanno anche ascoltare, ammettendo pubblicamente di non essere infallibili e dimostrando di avere sempre qualcosa da imparare dalle persone che lavorano con lui".

Eppure l'istituzione del livello unico dirigenziale non ha eliminato le differenze tra gli incarichi di direzione di struttura complessa, di struttura semplice e di natura professionale per quanto riguarda le attribuzioni, le responsabilità e le procedure concorsuali.

L'abolizione del primario a vita e dei tre vecchi livelli di ruolo burocratico e gerarchizzato fa finalmente emergere diverse funzioni e gradi di responsabilità garantendo a tutti i medici quell'autonomia di intervento professionale, quella collaborazione e pari dignità che deve caratterizzare ogni atto medico effettuato in équipe, a prescindere dalla posizione. Dell'atto medico ne è ora responsabile il singolo professionista, superando così le anacronistiche concezioni che vedevano nel vecchio pri-

mario una sacralità cui spettava sempre e comunque l'ultima parola.

Con il processo di degerarchizzazione si rafforza sempre più l'orientamento a favorire il lavoro di équipe attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori all'interno della stessa struttura.

Dunque un solo ruolo, ma più posizioni funzionali corrispondenti ai diversi gradi di responsabilità professionali e gestionali. Tutte queste posizioni funzionali sono a termine e soggette a verifiche periodiche come vedremo in seguito. Questo permetterà una carriera professionale flessibile e dinamica fondata sulla capacità, sul merito e soprattutto sulla responsabilità. Il conferimento ed il mantenimento della funzione direzionale diviene quindi legata non più alla semplice osservanza di leggi e regolamenti ma al risultato in termini organizzativi, gestionali, di sviluppo e di qualità.

Tipologia ed affidamento degli incarichi

Le tipologie di incarico conferibili dall'Azienda si dividono in due grandi gruppi (tab. 1).

Gli incarichi previsti ai punti 1-2 sono riservati ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo.

Per quanto riguarda l'affidamento degli incarichi, bisogna distinguere tra incarichi di natura professionale ed incarichi di struttura.

Al neoassunto, dopo il periodo di prova di sei mesi, su proposta del responsabile della struttura complessa di riferimento, vengono affidati compiti di natura professionale, con precisi ambiti di autonomia e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione dell'attività. Ed inoltre sono affidati obiettivi prefissati anche in ordine al perfezionamento delle proprie competenze tecnico-professionali e gestionali.

Dopo cinque anni di attività vengono attribuite, su proposta del responsabile della struttura di riferimento, funzioni in relazione alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini ed alle capacità professionali del singolo dirigente. Previa valutazione positiva possono essere conferiti incarichi professionali anche di elevata specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, funzioni ispettive, di verifica e di



Il Primario "barone" ed i suoi collaboratori

controllo oppure incarichi di struttura semplice della durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque, rinnovabili previa valutazione positiva del collegio tecnico nominato dal Direttore generale e presieduto dal direttore del dipartimento.

Gli incarichi di struttura semplice sono conferiti nei limiti del numero stabiliti nell'atto aziendale.

L'incarico di struttura complessa è conferito con le procedure previste dal DPR 484/97 (regole per il concorso degli ex primari) ed ha una durata da cinque a sette anni rinnovabile.

Il Dirigente di struttura complessa oltre alle specifiche competenze professionali:

- svolge funzioni di direzione ed organizzazione della struttura (nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del Dipartimento di appartenenza), anche mediante direttive indirizzate a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio

- adotta le decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio anche al fine di garantire l'appropriatezza degli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi

- è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite

- è responsabile dei risultati della gestione

Il direttore di dipartimento è nominato fra i responsabili delle strutture complesse aggregate nel dipartimento secondo le indicazioni del comitato di dipartimento con le modalità previste dai regolamenti regionali. Egli rimane anche titolare della struttura complessa cui è preposto.

Criteri per l'affidamento degli incarichi

I criteri per l'affidamento degli incarichi sono:

- valutazione del Collegio tecnico
- natura e caratteristiche dei programmi da realizzare. Area e disciplina di appartenenza

- attitudini personali
- capacità professionali acquisite e documentate.

- risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati.

Inoltre per i responsabili di struttura

Incarichi gestionali organizzativi di struttura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incarico di direzione di struttura complessa, compreso quello di direttore di dipartimento, di direttore di distretto sanitario o presidio ospedaliero 2. Incarico di struttura semplice
Incarichi professionali	<ol style="list-style-type: none"> 3. Incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo 4. Incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di servizio

complessa sono necessarie anche capacità gestionali riferite particolarmente:

- al governo del personale
- ai rapporti con l'utenza
- alla capacità di correlarsi alle altre strutture e servizi del dipartimento e dell'azienda
- ai risultati ottenuti con le risorse assegnate.

Per coloro che erano già in servizio all'entrata in vigore del CCNL 5/12/96, l'affidamento o la conferma dell'incarico comporta la stipulazione del contratto individuale che definisce tutti gli aspetti connessi all'incarico conferito. La modifica successiva di uno degli aspetti del contratto individuale deve avere l'esplicito consenso del dirigente interessato.

Con l'affidamento dell'incarico viene stipulato dall'azienda sanitaria il contratto individuale che definisce in forma scritta le caratteristiche ed i contenuti del rapporto di lavoro:

- eventuale periodo di prova
- area e disciplina di appartenenza
- tipologia dell'incarico conferito
- durata dell'incarico
- obiettivi generali da conseguire
- modalità di effettuazione delle verifiche
- modalità di effettuazione della valutazione e soggetti deputati alla stessa
- sede di destinazione
- indennità di esclusività.

Inoltre per il responsabile di struttura complessa:

- risorse per il raggiungimento degli obiettivi generali ed annuali assegnati
- trattamento economico complessivo.

Valutazione dei Dirigenti

Un importante innovazione legislativa è

rappresentata dal principio che l'attività dirigenziale è sottoposta a verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa.

Non sarà più possibile evitare la valutazione anche perché essa è necessaria alle AA.SS. per poter razionalizzare i percorsi di carriera, motivare gli affidamenti di incarichi, intervenire operativamente in tema di direzione di risorse umane, retribuire il risultato in maniera trasparente ed oggettiva. Gli organismi preposti alla verifica dei dirigenti sono:

- collegio tecnico, nominato dal D.G. e presieduto dal direttore di dipartimento

- nucleo di Valutazione.

Le AA.SS. in relazione alla delicata funzione che i suddetti organismi sono chiamati a svolgere, sono invitate a prevedere nella loro composizione la presenza di persone altamente qualificate per professionalità e qualità.

Il collegio tecnico verifica tutti i dirigenti con cadenza triennale, tutti i dirigenti con incarico di direzione di struttura semplice o complessa alla scadenza dell'incarico ai fini della conferma, i dirigenti neo-assunti al termine del primo quinquennio per l'attribuzione di incarichi più importanti. La prima verifica triennale avverrà il 31 luglio 2002.

Il nucleo di valutazione verifica annualmente i risultati di gestione dei dirigenti di struttura semplice o complessa, ed anche di tutti gli altri dirigenti ai fini della retribuzione di risultato. Esso non esprime giudizi in merito all'attività professionale.

La sintesi e la cadenza delle verifiche per tutti i dirigenti è espressa nella tab. III.

Per i dirigenti di struttura complessa l'esito delle verifiche annuali effettuate dal nucleo di valutazione concorrono alla for-

TAB. 2 - TIPO DI VERIFICHE E LORO CADENZA

DIRIGENTI NEO ASSUNTI

- al termine del primo quinquennio di servizio: collegio tecnico
- verifica annuale sugli obiettivi assegnati in relazione al salario del risultato: nucleo di valutazione

DIRIGENTI SENZA INCARICO DI STRUTTURA

- verifica annuale sugli obiettivi assegnati in relazione al salario del risultato: nucleo di valutazione
- verifica triennale sui risultati raggiunti e sulle attività professionali svolte: collegio tecnico

DIRIGENTI CHE RICOPRONO INCARICHI DI STRUTTURA SEMPLICE O COMPLESSA

- tutte quelle previste al punto precedente
- verifica al termine dell'incarico conferito: collegio tecnico
- verifica annuale sui risultati della gestione delle risorse affidate: nucleo di valutazione

mazione della valutazione triennale e di quella al termine dell'incarico.

L'esito positivo della valutazione è condizione necessaria per il conferimento di incarichi di maggior rilievo professionale o gestionale oltre che per la conferma di quelli in scadenza.

L'eventuale formulazione di un giudizio negativo nella valutazione deve essere preceduta da un contraddittorio con il dirigente, che può essere assistito da una persona di propria fiducia; le contro deduzioni devono essere acquisite agli atti.

I provvedimenti conseguenti ad una valutazione negativa sono commisurati all'entità dei rilievi e alla posizione rivestita dal dirigente: pertanto non esiste, come per il passato, solo la possibilità del licenziamento del dirigente, ma tutta una gamma di misure intermedie che vanno dalla perdita di tutta o di parte della retribuzione di risultato alla revoca dell'incarico ricoperto ed all'assegnazione di incarichi a valenza economica inferiore.

Recesso

In presenza di elementi di particolare gravità, l'Azienda può procedere al recesso, ma prima deve acquisire il parere conforme del Comitato dei Garanti. A garanzia di questo istituto, i membri che lo compongono (art. 23 del DL 29/99) durano in carica 3 anni e non sono rinnovabili.

Questa norma, innovativa rispetto al contratto precedente, vincola il Direttore Generale ad un parere obbligatorio di una authority esterna che ne limita la discrezionalità e l'eventuale arbitrio.

Il parere deve essere espresso improrogabilmente entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta, trascorsi i quali il DG può procedere al recesso.

Criteria di valutazione dei dirigenti

Gli elementi di valutazione per tutti i dirigenti, oltre agli obiettivi specifici individuali, sono la collaborazione interna rispetto all'organizzazione dipartimentale, il livello di partecipazione multi-professionale, l'espletamento delle funzioni affidate nella gestione e la qualità dell'apporto specifico, il rapporto con i collaboratori, la gestione e la promozione delle innovazioni tecnologiche, il credito formativo, il raggiungimento degli obiettivi prestazionali assegnati, i risultati delle procedure di controllo in relazione all'appropriatezza e qualità delle prestazioni, il rispetto del codice di comportamento.

Dall'esito della verifica dipende la conservazione della titolarità dell'incarico precedentemente conferito (direzione di struttura complessa, semplice, incarico professionale) o la possibilità di affidamento di incarichi più importanti. La norma contenuta nell'art. 32 del DL 229/99 comunque non indica nulla circa i contenuti ed i metodi per concretizzare la verifica, per cui ogni ASL ha scelto i propri standard di valutazione. A tal proposito nella ASL 10 di Firenze per valutare i Dirigenti di II° livello sono state individuate tre aree:

- organizzativa
- gestionale
- sviluppo e qualità

Per ogni area sono stati individuati degli indicatori, per ognuno dei quali è stato stabilito un punteggio per un totale di 30 (area organizzativa), 30 (area gestionale), 40 (area sviluppo e qualità). Ogni indicatore è presentato con definizione, finalità, argomenti, fonte documentale e/o fonte dati, settore di applicazione.

Quello che viene sottostimata dalla maggior parte dei Direttore Generale è la valu-

tazione ascendente cioè il parere dei collaboratori, i quali sono forse tra i più idonei a giudicare le capacità tecniche, gestionali, operative e di insegnamento del proprio dirigente. Inoltre, nella maggior parte dei casi non è previsto alcun criterio per valutare i disagi e le vessazioni provocati dal comportamento di colleghi o superiori (mobbing). Quando in un'azienda si pratica mobbing, non solo i rapporti umani e di lavoro tra le persone vengono gravemente compromesse, ma anche la produttività aziendale diminuisce significativamente. In Svezia dove questo problema è stato affrontato fin dal 1980, proprio per evitare questo fenomeno deleterio per la salute psicofisica delle persone coinvolte e per la salute economica delle aziende pubbliche e private è previsto un garante anti-mobbing.

Andrebbero tenute nella giusta considerazione anche la capacità dei dirigenti di struttura complessa di coinvolgere il personale medico nella gestione della unità operativa e soprattutto l'attitudine alla delega, affidando agli altri dirigenti casi clinici complessi.

Un chirurgo, infatti, deve essere ritenuto valido se sa insegnare ad operare e non perchè opera sempre in prima persona. La qualità di un reparto chirurgico si giudica dalla qualità degli interventi che sa fare il più giovane dei dirigenti e non dall'abilità del dirigente di II livello.

Sempre nell'ASL 10 di Firenze il modello proposto per la valutazione dei Dirigenti di I° livello prevede tre diverse aree di valutazione:

- **area di Capacità** nella quale sono contenuti i criteri che tendono a valutare le attitudini personali del singolo dirigente mettendo in luce la personale inclinazione verso determinati incarichi e/o ruoli:
- **area delle Conoscenze** nella quale sono contenuti i criteri atti ad evidenziare l'impegno personale verso le competenze tecnico professionali.
- **area del Comportamento** nella quale sono contenuti criteri relativi al rispetto di regolamenti, procedure, disposizioni e specifici incarichi assegnati tesi ad evidenziare la volontà e l'impegno del dirigente nello svolgimento della propria attività anche in relazione a specifiche posizioni ricoperte.

In generale la valutazione degli elementi legati alla Capacità e Conoscenza consente

TAB. 3 - CRITERI DI VALUTAZIONE DIRIGENTI II LIVELLO

Area organizzativa	Area gestionale	Area della qualità e sviluppo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione della missione e strategia 2. Relazioni con le altre strutture con eventuali riunioni 3. Valutazione dei modelli di organizzazione infermieristica o tecnico-professionale 4. Ambulatori (esistenza e organizzazione) 5. Regole sulla presenza degli operatori nelle sedi di attività 6. Valutazione delle necessità del personale 7. Riunioni periodiche 8. Previsione di sub-unità funzionali 9. Definizione del dirigente sostituto del Direttore 10. Esistenza di protocolli operativi e linee-guida per la gestione dei casi/attività 11. Criterio di affidamento della casistica/attività ad altri dirigenti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione dello stato e del tipo delle attrezzature 2. Tempi di degenza media 3. Occupazione dei posti letto 4. Indice di rotazione 5. Intervallo di turn-over 6. Tempi di attesa pre-operatori 7. Sviluppo della Day Surgery 8. Sviluppo del Day Hospital 9. Consenso informato 10. Informazione sulle procedure di accesso ai servizi offerti 11. Integrazione dei servizi offerti sul territorio 12. Sviluppo di linee-guida multidisciplinari 13. Programmi di educazione sanitaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attività di ricerca e pubblicazioni 2. Valutazione controllo dei risultati della cura del paziente, della diagnosi precoce, dell'attività di prevenzione, della riduzione degli infortuni degli operatori, dell'accoglienza e dell'uso delle risorse 3. Qualità della documentazione 4. Verifica e controllo dell'attività dei collaboratori 5. Sistemi di correzione dei problemi 6. Meccanismi di identificazione delle opportunità per il miglioramento della qualità delle prestazioni offerte 7. Analisi delle cause degli eventuali tempi di attesa e provvedimenti relativi 8. Indirizzi e scelte da adottare in caso di necessità 9. Piano di formazione e di crescita professionale del personale 10. Incidenza delle infezioni nosocomiali e complicazioni 11. Tasso di riscontri autoptici richiesti 12. Segnalazioni di "eventi sentinella"

di valutare le potenzialità individuali ed i bisogni formativi, mentre gli elementi legati al Comportamento sono alla base della valutazione dell'attività svolta.

Pertanto alle singole sezioni viene attribuito un peso ed un punteggio differente, in quanto ai sensi del contratto di lavoro, l'obiettivo della valutazione è costituito principalmente dalla verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti. Da quanto sopra detto è evidente che l'Area del Comportamento riveste un ruolo di maggior rilievo ai fini dell'analisi complessiva.

Formazione

Il nostro paese è arrivato con enorme ritardo a prevedere un sistema di formazione professionale continua e ne ha pagato di conseguenza in termine di qualità. Finalmente, però, dopo anni di enunciazioni anche se rimane la cenerentola della spesa sanitaria, la formazione del personale assume per la prima volta il carattere di concretezza perchè obbliga tutti i medici ad adeguare continuamente le proprie conoscenze professionali, a migliorare le competenze e le capacità tecnico-cliniche e manageriali.

Le precedenti leggi di riforma avevano introdotto il principio dell'obbligatorietà dell'aggiornamento professionale ma i vari tentativi sono sempre falliti perchè lasciavano l'iniziativa essenzialmente al singolo professionista.

Secondo Il DL 229/99 la partecipazione alla formazione costituisce invece requisito

indispensabile per svolgere attività professionale di dipendente o di convenzionato nelle aziende e nelle università pubbliche e private. Al contratto di lavoro è stato affidato il compito di individuare le penalizzazioni, anche economiche, per chi nel triennio non consegue il numero minimo di crediti previsti. Le strutture sanitarie che non controlleranno il conseguimento dei crediti formativi da parte dei loro dirigenti rischieranno di perdere l'accreditamento.

La formazione continua, inserita nella nuova riforma sanitaria come strumento di ottimizzazione delle risorse e di completamento del processo di aziendalizzazione della sanità, comprende:

- aggiornamento professionale
- formazione permanente

L'art. 16 bis (229/99) precisa che l'attività professionale è l'attività successiva al corso di laurea e di specializzazione, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende "le attività finalizzate a migliorare competenze, abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN".

Secondo Greco queste definizioni fanno desumere che "l'aggiornamento professionale è mirato all'accrescimento del sapere, mentre la formazione permanente atiene al saper fare".

Il percorso formativo deve mirare pertanto ad un continuo adeguamento della preparazione specifica del professionista o al perfezionamento degli strumenti già in suo possesso in relazione al miglioramento delle conoscenze tecnologiche.

La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate, per mezzo di soggiorni di studio che consentano lo scambio ed il confronto di tecniche e conoscenze o anche attraverso la partecipazione a studi clinici controllati, ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo.

La formazione continua può essere svolta secondo:

- percorsi formativi autogestiti e quindi su iniziativa dei singoli professionisti
- programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, a quello Regionale ed agli indirizzi aziendali nelle forme e modalità indicate dalla Commissione Nazionale.

Detta commissione, presieduta dal Ministro della Sanità e composta da personalità appartenenti a sanità, ricerca scientifica, regioni, ordini dei medici, avrà il compito di definire un programma triennale di obiettivi formativi con particolare riguardo all'elaborazione delle linee guida e dei corrispondenti percorsi diagnostici e terapeutici. Questa programmazione deve essere in linea con le priorità definite dal piano

sanitario nazionale dopo aver consultato le categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza. La commissione dovrà inoltre definire i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati che dovranno svolgere attività formativa.

L'aggiornamento costante diventa parte essenziale dei doveri professionali dei sanitari:

il solo titolo di studio non sarà più sufficiente a legittimare per tutta la vita l'esercizio della professione medica.

Da quanto detto finora è chiaro che la formazione continua rappresenta uno degli strumenti principali del cambiamento della sanità e dovrà essere completamente inventata con la partecipazione fattiva dei diretti interessati (dirigenti sanitari). Bisogna essere molto attenti a programmare tali attività perché non bisogna interferire con le personali inclinazioni ed aspirazioni degli operatori, ma al contrario supportarle in un delicato equilibrio con quelle che sono gli obiettivi aziendali, regionali e nazionali.

L'aggiornamento del personale sanitario dovrebbe fornire tra le altre cose conoscenze e competenze che riguardino elementi di epidemiologia clinica, etica, teoria della comunicazione, antropologia, psicologia, economia sanitaria, corretto impiego delle risorse, sviluppo dei sistemi informativi.

Le competenze acquisite mediante la formazione devono tra l'altro permettere al dirigente di

- migliorare le *capacità relazionali* sia con i pazienti che con gli operatori sanitari della propria e delle altre strutture
- saper organizzare il servizio al fine di ridurre le *liste di attesa*
- *integrarsi* con i colleghi degli altri reparti abbandonando la cultura egocentrica
- saper offrire agli utenti *efficacia, efficienza, appropriatezza delle prestazioni*, sicurezza anche in presenza di riduzione delle risorse

- evitare di essere sommerso dagli *atti burocratici inutili*.

Curare l'aspetto psicologico dei dirigenti significa metterli nelle condizioni di essere più umani, più comprensivi, più rispettosi e quindi di intervenire efficacemente sulla sfera emotiva del paziente aiutandolo sicuramente a guarire. Come afferma Emanuel Kant nella Critica della Ragion Pura agendo sul fattore emotivo "noi possiamo raggiungere il corpo attraverso l'anima e servirci di quest'ultima come medico del primo".

Le attività di formazione, già onerose, subiranno per effetto del sistema dei crediti formativi un'ulteriore lievitazione, di conseguenza diverrà una voce rilevante nel bilancio dei dirigenti ed un'ulteriore erosione del salario reale.

Pertanto per poter funzionare realmente, la formazione continua deve avere un posto prioritario tra gli obiettivi del PAL delle AA.SS. ed i necessari investimenti in risorse umane ed economiche. Bisognerà creare una unità operativa finalizzata attuando corsi di aggiornamento nelle stesse sedi aziendali per favorire la massima partecipazione da parte del personale. Il personale insegnante dovrebbe essere altamente qualificato dal punto di vista professionale, avere padronanza della metodologia didattica e dell'arte della comunicazione e dovrebbe includere oltre a professionisti interni anche consulenti esterni di provata esperienza.

È assolutamente indispensabile riservare a tal fine i fondi previsti, ma del tutto insufficienti (1% del bilancio aziendale ai sensi della circ. 14 Dipart. Funzione Pubblica del 24/4/95), cercando di attingere ad altre forme di finanziamento (Comunità Europea, sponsorizzazioni di privati).

Purtroppo le buone intenzioni del legislatore non sono seguite da atti concreti delle aziende e regioni che, pur riconoscendo alla formazione un posto di primo piano nella politica sanitaria, non attribuisco-

no ad essa una sufficiente copertura finanziaria. La giunta regionale toscana ha deliberato nell'anno 2001 per gli interventi formativi destinati a tutti i 47501 dipendenti delle Aziende Sanitarie solamente tre miliardi e mezzo cioè lo 0,33% del bilancio sanitario, pari a lire 73682 mila per ciascun dipendente. L'ASL 10 di Firenze con il consenso dei sindacati medici ha deciso di implementare gli stanziamenti destinati alla formazione professionale medica utilizzando il fondo per i premi per la qualità della prestazione individuale.

CONCLUSIONI

In conclusione il processo di rinnovamento del ruolo del dirigente medico ha come obiettivo quello di fornire prestazioni sanitarie appropriate, in grado di soddisfare i cittadini attraverso un uso razionale delle risorse secondo criteri di efficienza, efficacia e qualità, naturalmente nel rispetto del codice deontologico professionale. I dirigenti sanitari non possono permettersi il lusso di stare a guardare, pensando che la gestione economica sia un problema di qualcun altro. È invece un problema che li riguarda da vicino, soprattutto nell'interesse delle persone che curano tutti i giorni. Ridurre i costi significa infatti poter disporre di più risorse per trattare un maggior numero di pazienti. Pertanto il medico deve avere nel suo bagaglio una conoscenza dei principi di economia sanitaria che gli possa consentire di realizzare il miglioramento della qualità dei servizi e nello stesso tempo il contenimento dei costi. Il processo di riduzione della spesa sanitaria senza ridurre la qualità del servizio sarà molto lungo perché sarà necessaria una graduale conversione culturale che coinvolga tutti i cittadini, i politici, gli amministratori e gli operatori sanitari. Questo delicato equilibrio però non va demandato solo agli amministratori perché è il medico che sa dove e come ridurre i costi senza provocare nocimento agli utenti della sanità. In questo nuovo modello il medico deve sentirsi parte integrante dell'azienda sanitaria ma allo stesso tempo deve considerarsi il play maker dell'intera squadra perché rappresenta l'unico mediatore tra i bisogni del cittadino ed il razionamento delle risorse del SSN. (fig. 2). ■

La bibliografia è disponibile presso l'autore: Sisca@dada.it



Il medico unico mediatore tra i bisogni del cittadino ed il razionamento delle risorse