

Le professioni e l'ospedale

Cesare Catananti, Direttore Sanitario Policlinico Gemelli, Roma

Premessa

All'interno di un numero monografico dedicato all'ospedale del futuro non poteva mancare qualche riflessione sulla sua risorsa fondamentale: il personale nella sua componente professionale. È una risorsa umana di alto valore economico e di altrettanto alto valore strategico e pertanto essa va governata e tutelata con la massima cura possibile.

In quanto "umana" è la risorsa più sensibile ai cambiamenti e del buon esito degli stessi ne costituisce il fattore determinante.

È una risorsa, poi, estremamente articolata al suo interno: vecchie e nuove figure si accalcano sulla scena delle cure ed ognuna con il suo bagaglio di vissuti, di prospettive, di recriminazioni e richieste.

Accanto alle storiche e tradizionali professioni del medico e dell'infermiere, altre reclamano spazi e fanno sentire la loro voce: biologi, chimici, fisici, psicologi, ingegneri, architetti, avvocati, fisioterapisti, tecnici di laboratorio, di radiologia, economisti, bioetici ecc..

E man mano che nuovi assetti istituzionali ed organizzativi vanno a sostituirsi ai precedenti, in molti pretendono maggiori riconoscimenti per la loro "professionalità" con conseguenti richieste di più ampia autonomia operativa.

Gestire questa risorsa, alquanto composita, non è operazione facile: contratti nazionali condizionanti, diritti acquisiti intoccabili, potere sindacale ancora forte seppur frammentato, sono alcuni degli elementi, almeno in Italia, di un quadro sociale che penalizza la fluidità di azione e le rapide decisioni del management dell'ospedale.

Tra le diverse categorie dei "professionisti" esistono inoltre conflittualità mai del tutto sopite, che sono talvolta presenti anche all'interno dello stesso gruppo professionale.

Per rimanere in Italia basti ricordare, come esempio, le battaglie sindacali tra i medici ospedalieri dell'ANAAO (gli ex aiuti ed assistenti) e quelli dell'ANPO (gli ex Primari): la creazione del responsabile di modulo o la fine delle vecchie qualifiche di Assistente, Aiuto e Primario, sostituite con quelle di dirigente di I e II livello più che essere funzionali ad una ottimale organizzazione, anche gerarchica, hanno soprattutto rappresentato il tentativo, difficile dire se riuscito, di recuperare maggiori spazi di autonomia professionale per gli ex assistenti e aiuti rispetto ai Primari.

Note sono poi le resistenze che la classe medica sta sviluppando verso le maggiori autonomie degli infermieri professionali. E la cosa è alquanto singolare perché fu proprio la classe medica, nella sua rappresentanza accademica, che spinse per la chiusura delle scuole professionali e per la realizzazione dei diplomi universitari. Il vantaggio immediato di poter ricondurre nell'alveo dell'università la formazione degli infermieri, con il potere di distribuire incarichi di insegnamento tra i docenti delle facoltà di medicina, fece forse sottovalutare le conseguenze che a medio termine si sarebbero poste.

Ebbene le nostre riflessioni, in questa sede non vogliono entrare nel merito delle problematiche giuridiche, contrattuali e umane delle singole categorie di professionisti; è nostra intenzione piuttosto, fornire un quadro di insieme che consenta di cogliere, nello specifico, il cambiamento in atto.

Andremo per gradi: innanzitutto proveremo a capire a chi compete la qualifica di professionista e come questa abbia una sua peculiare realizzazione in un contesto di dipendenza quale è, nello specifico, quello di una organizzazione ospedaliera; sintetizzeremo, poi, le caratteristiche del cambiamento in atto in ospedale e le ricadute sul suo personale; presenteremo poi alcune realtà professionali tipo, quali quelle del medico e dell'infermiere, e del top management, accennando in flash alle altre figure; concluderemo, infine, con una veloce panoramica sulle professioni emergenti.

Il professionista "libero" e "dipendente"

Cominciamo con lo stabilire a chi compete l'ambito qualifica di professionista. Al di là delle interpretazioni semantiche è la lettura storico sociologica che consente di riconoscere a certi gruppi di prestatori d'opera (manuale o intellettuale) il titolo di professionista e precisamente a coloro che:

- dispongono di un sapere riconosciuto che si basa su un corpus sistematico di conoscenze, giuridicamente e socialmente legittimato;
- sulla base di quelle competenze, vendono sul mercato, con autonomia decisionale ed operativa il loro saper fare, cioè le loro prestazioni professionali;
- fanno riferimento per l'esercizio della loro attività a regole fissate dalle associazioni professionali
- sono tenuti a rispettare i codici etici e deontologici della categoria di appartenenza.

È evidente però che nel momento in cui il professionista opera all'interno di una organizzazione come dipendente, esso deve accettare le norme che disciplinano quella organizzazione ed in particolare quelle, fondamentali, che nel definire le caratteristiche della struttura gerarchica, fissano i livelli di subordinazione, sia in termini di potestà decisionale che disciplinare. Basta questo per rendersi conto come cambia e non poco il quadro della autonomia professionale, in termini di margini di libertà, a seconda che si operi come libero professionista o come dipendente.

Un medico ad esempio, nell'ambito della sua attività libero professionale potrà autonomamente impostare il percorso clinico per il suo paziente rispondendo esclusivamente a quest'ultimo della correttezza e validità delle sue scelte; ben diversi invece sono, per lo stesso medico, i gradi di autonomia di cui gode, quando si trovi ad operare nell'ambito della organizzazione ospedaliera: non dovrà rispondere solo al suo paziente ma se dirigente di I livello dovrà rispettare le direttive (cliniche ed organizzative) che il suo diretto superiore, dirigente di II livello, gli avrà impartito, unitamente alle normative interne (organizzative) emanate dalla direzione.

Man mano che si sale nella scala gerarchica, e questo vale per qualsiasi altra professione inquadrata in una disciplina organizzativa, all'aumento di maggiore autonomia e potere decisionale compete una conseguente maggiore responsabilità.

E tale responsabilità è direttamente proporzionale al grado di autonomia che nella prestazione resa si è manifestata; questa autonomia, ripetiamolo, viene socialmente e giuridicamente riconosciuta a chi dispone di un sapere riconosciuto e su questa competenza che deriva dal sapere, vengono giuridicamente e socialmente definiti gli spazi più o meno ampi del potere decisionale e quindi della professionalità.

Ne consegue che è più facilmente accettabile, anche sul solo piano sociale, la concessione di maggiori spazi di autonomia decisionale a quelle figure “professionali” che seppur “dipendenti hanno però una storia di “professionalità” nell’accezione su detta, mentre con maggiori riserve questa autonomia viene riconosciuta a figure “professionali” più giovani o meglio con minore documentato spessore formativo.

Non può non rilevarsi a questo proposito come ogni richiesta di autonomia, all’interno di una organizzazione strutturata, non solo sottende un conflitto di potere tra categorie, potenziale o già in atto, ma seppur riconosciuta legittima, essa deve essere inquadrata negli schemi organizzativi della struttura, pena il caos totale.

È anche vero che nel corso di quest’ultimo decennio sono andate di moda in molte imprese le cosiddette destrutturazioni gerarchiche, sono stati enfatizzati i processi rispetto alle linee, considerando strategico il far saltare le vecchie regole esaltando le capacità professionali e “creative” dei singoli, ma non pochi critici contestano questo tipo di approccio.

È altresì indubbio che l’ospedale deve puntare ad avere una squadra con elevati livelli di professionalità e che deve fare in modo che i suoi professionisti permeino di managerialità il loro operare specialistico, ma è assolutamente indispensabile che ci sia un gioco di squadra: la squadra vince, il singolo perde.

Diventa facile, allora, immaginare quanta attenzione deve essere rivolta alle questioni del personale ospedaliero in un periodo in cui più che di cambiamenti si deve parlare di una vera e propria rivoluzione che riguarda l’ospedale.

L’ospedale è cambiato

Che l’ospedale è cambiato se ne sono resi conto oramai tutti: personale, pazienti, l’opinione pubblica in genere.

Se per i pazienti la sensazione deriva in parte dai “media” ed in parte dalle estemporanee esperienze dirette (ticket, durata di degenza drasticamente ridotta, prestazioni erogate in maniera differenziata rispetto al passato, la day surgery per esempio) per il personale è oramai diventata una assillante esperienza quotidiana.

Una esperienza nuova perchè mai, almeno nel nostro recente passato, al personale ospedaliero era stato posto il problema del finanziamento della struttura. Il meccanismo dei DRG ha innescato a catena una serie di reazioni della direzione atte a puntare, per quanto possibile, ad un equilibrio tra costi e ricavi, e da parte del personale, in genere, non sono mancate perplessità, resistenze, ma anche fattiva collaborazione, una volta capito che la ricercata efficienza non andava contro l’obiettivo, da tutti condiviso, di fornire ai pazienti cure adeguate.

Ecco allora la necessità di immaginare ed attuare nuovi assetti organizzativi che consentano di ottimizzare al meglio le risorse facilitando al contempo il percorso di cura del paziente. Affermazioni su cui tutti sono d’accordo; ma quando si tenta di modificare quegli assetti, quasi tutti, calcolano in termini personalistici e di potere quali vantaggi o problemi, il “nuovo” potrebbe comportare. E siccome il “nuovo” fa sempre un po’ paura, le resistenze vengono fuori, a volte rozze, più spesso sottili e non per questo meno insidiose.

Un esempio per tutti: il dipartimento. D’altra parte è umanamente comprensibile che chi per anni e anni è cresciuto in un clima organizzativo del tipo, la mia caposala, il mio reparto, i miei letti, la mia sala operatoria, il mio ecografo, il mio primario, resista all’idea di una messa in comune gestione di spazi, attrezzature e personale, con la creazione di una nuova geografia gerarchica, che genera dubbi sia nei vertici che nei collaboratori.

Ma se è umanamente comprensibile non è più economicamente ed organizzativamente accettabile.

Proprio per queste ragioni, oggi a ciascun dipendente, dall’alto dirigente medico o amministrativo al semplice ausiliario, viene chiesto sino alla noia di gestire al meglio le risorse, e di rendersi conto come il suo operare può condizionare i risultati generali dell’ospedale. Si comincia a capire che l’efficienza dell’ospedale non è la somma aritmetica della efficienza dei singoli settori o dei singoli professionisti, ma è piuttosto la risultante della fluidità dei processi assistenziali ed anche di quelli tecnico economici.

Slogan aziendalistici come quello di “condividere la mission” sono entrati definitivamente nel vocabolario del personale ospedaliero.

L’obiettivo di ridurre la durata della degenza media trova nel clinico il principale attore ma la sua azione potrà essere penalizzata se il magazzino non fornisce in tempo utile i reattivi necessari al laboratorio, o se il collega radiologo perde tempo nel refertare un torace, o se la stessa risposta, refertata in tempo reale, giace poi abbandonata in qualche archivio.

Sino a qualche anno addietro nessuno avrebbe immaginato questi scenari e la fiction letteraria o cinematografica che in genere anticipa i tempi solo recentemente ha messo a fuoco tali novità.

E tra le fiction ci piace ricordare la fortunata serie televisiva americana “Emergency Room” che, brillantemente ha posto l’accento sui problemi sia di ordine clinico che gestionale che l’ospedale di oggi deve fronteggiare.

Aldilà delle peculiarità nord americane del serial, la sceneggiatura mette in luce in modo immediato le paure e le crisi di identità dei protagonisti, medici, infermieri, specializzandi, studenti.

Un dato è comunque comune sia nel vecchio che nel nuovo continente: tra le contraddizioni e gli inevitabili conflitti, antichi e nuovi professionisti scalpitano, sulla scena e tra le quinte, per affermare il diritto ad essere, per le proprie competenze, protagonisti e non semplici comparse.

Affrontare pertanto il tema delle “professioni e ospedale” è quanto mai opportuno e giustamente è stato inserito nel programma di questa monografia.

Analizzare, infatti, vissuti e prospettive dei singoli protagonisti, reali o aspiranti, potrebbe essere indubbiamente un fondamentale lavoro utile alla conoscenza di chi quelle risorse umane è chiamato a gestire; una sorta di esercizio sulla psicosociologia dell’ospedale buona anche per mettere in atto una qualche profilassi del “mobbing”.

Proviamo allora a sintetizzare cosa il cambiamento sta significando per le professioni ospedaliere tradizionali, presentando al contempo quali nuove professionalità ed esperienze sono richieste per le esigenze oggi emergenti.

Le figure tradizionali

Il medico

Che il medico sia il professionista leader all'interno dell'ospedale non c'è ombra di dubbio: ha l'autorità della competenza che deriva dagli studi effettuati e dalle prove superate; è, su questa base, che decide dell'esistenza o meno della condizione di malattia; è a lui che la società riconosce tale competenza, di diagnosi e cura, negandolo ai non qualificati.

È l'asse portante del sistema da qualsiasi punto di vista lo si guardi. In ospedale si va per essere curati e l'esclusivo titolare della cura è lui: il medico. A lui affidiamo la nostra salute, in lui riponiamo le nostre speranze. Basta questo per rendersi conto su quale forza poggia il potere storico di una professione sovrana.

Ed è altrettanto evidente che nel momento in cui quelle speranze vanno deluse lo sconforto può diventare rabbia con desideri di rivalsa se sorge il dubbio che l'insuccesso possa essere dipeso da comportamenti negligenti. Il tutto poi si esaspera se il tratto umano ha lasciato a desiderare.

Il re allora diventa nudo e su lui si riversano strali di ogni genere. Nell'articolo dedicato alla storia dell'ospedale e presente in questa monografia citavamo un articolo del BMJ dal titolo "la fine della libertà clinica" in cui, già nel 1983, si coglievano i segni del cambiamento e l'inizio della "spoliazione" del Re.

Un cambiamento che trova le sue radici agli inizi del novecento allorché nell'originario rapporto a due, medico e paziente, un terzo "incomodo" impone la sua presenza: è il cosiddetto "terzo pagante" che, sia esso un ente assicurativo privato o un servizio sanitario nazionale, ha iniziato a dettare le sue regole per disciplinare quel rapporto.

E nel tempo queste regole hanno espresso la maggiore o minore forza dei contraenti recependo con immediatezza il senso dei cambiamenti in atto, culturali, scientifici, economici.

Soprattutto economici perché quando le risorse sono limitate ed i bisogni in continua espansione, chi ha in qualche modo i cordoni della borsa fissa, razionando o razionalizzando, i criteri della spesa. Inevitabilmente allora saltano le vecchie regole e nuovi paradigmi socio economici vanno, in maniera più o meno strisciante, a prendere il posto degli antichi credi obbligando anche a rivisitare i codici deontologici di ciascuno.

Il "terzo pagante" agisce sia sul versante del paziente che su quello del curante. Al paziente gli garantisce certi livelli di prestazioni nell'ambito di un predefinito contratto, al medico offre clientela e salario ma a certi patti.

Nella sua essenzialità questi sono i principi base dei nuovi assetti sociali ovviamente con colori e sfumature differenti a seconda che ci si trovi in un contesto di libero mercato, come negli USA, o di un SSN, come in Italia. Ma si tratta di sfumature perché oramai, dappertutto in giro per il mondo, al medico si chiede il rispetto di certe regole.

La questione dibattutissima sulle linee guida è uno degli argomenti di massima attualità che esprime al meglio il senso dei tempi. Dando per scontato che nella pratica clinica esistono non pochi sprechi ed irrazionalità, il "terzo pagante" chiede al medico di definire, nell'obiettivo dell'appropriatezza e nella logica dell'"evidence", delle linee guida cliniche. Il medico, agli inizi, si ribella: la libertà dell'atto clinico non può essere ingabbiata in schemi predefiniti il cui unico obiettivo è quello del risparmio; al paziente va dato tutto ciò che deve essere dato! Ma sono proclami che lasciano il tempo che trovano sia perché gli stessi medici convergono sul bisogno di dare razionalità ai loro atti, sia perché - e ciò sta avvenendo soprattutto in USA con gli HMO (health maintenance organisations) - il terzo pagante ha aumentato il suo potere contrattuale.

Così come ha aumentato il suo potere contrattuale il paziente che rivendica ed ottiene il diritto ad un pieno informato consenso ed alla scelta delle opzioni cliniche. Il medico è allora stretto tra due fuochi: i pazienti che lo stimano quando ritengono che meriti, ma che sono prontissimi a crocifiggerlo anche con l'aiuto di nuovi agguerriti studi legali, quando possono scorgere qualche colpa nei suoi comportamenti; il "terzo pagante" che lo controlla ed entro certi limiti prova a condizionarlo imponendo le sue leggi, fortissime nei climi assicurativi degli HMO nord americani, molto più soft invece ad esempio negli ospedali italiani.

Sulla realtà di questi ultimi spendiamo qualche specifica riflessione anche perché lo stato giuridico e contrattuale dei medici ospedalieri italiani ne fanno una peculiare figura di "dipendente-dirigente".

Il processo dell'aziendalizzazione innescato dalla legge 502/92 ed il successivo meccanismo di finanziamento degli ospedali sulla base dei DRG ha determinato per il medico dipendente una serie di conseguenze:

- è stato obbligato a valutare in termini di costi-ricavi le sue prestazioni
- si è trovato impreparato allo scopo
- ha reagito, dopo le iniziali perplessità e resistenze, con una pregevole duttilità
- ha scoperto, ed ora rivendica, gli spazi di managerialità che gli competono
- ha sviluppato conflitti interni con quei settori (e colleghi) dell'ospedale che per loro inefficienze (almeno a suo giudizio) inficiano le sue performances.

Esiste poi un'area conflittuale che è quella della sovrapposizione delle competenze o della esclusiva titolarità delle stesse. Ora sino a quando questi conflitti si limitano all'area libero professionale i problemi che derivano riguardano i diretti interessati, ma quando invece il conflitto si svolge all'interno dell'arena ospedaliera, allora la direzione deve intervenire tenendo presente gli interessi superiori dei pazienti e dell'organizzazione.

Solo alcuni esempi: le zone di confine tra dermatologia chirurgica e chirurgia plastica; l'impiego di certe tecniche originariamente nate all'interno di un'area specialistica e poi di dominio abbastanza diffuso, come l'ecografia; l'endoscopia contesa e reclamata da tanti...

Se a tutto questo si aggiunge la nuova disciplina sui contratti quinquennali di tipo privatistico, il regime delle incompatibilità collegate alle modalità di esercizio della attività libero professionale, i nuovi assetti dipartimentali con modifiche dei tradizionali assetti organizzativi e gerarchici, è facile cogliere come e quanto è cambiato il mondo per il medico ospedaliero.

Se nel passato il suo potere si misurava sul numero dei posti letto e del personale che dirigeva, oggi sono altri i simboli della sua affermazione: l'essere ricercato come clinico, stimato come persona, essere ritenuto sagace ed efficiente nella gestione delle risorse.

Cosa gli riserverà il terzo millennio? previsione difficile; ci sarà una rinascita del potere medico che magari riscoprirà nuove alleanze con i pazienti in antitesi al "terzo pagante"? oppure continuerà il trend aziendalistico con spazi di libertà e margini di contrattazione sempre più limitati? Sarà in altre parole più dipendente o più libero professionista?

Personalmente riteniamo che le ormai consolidate esigenze della appropriatezza nelle cure, della oculata gestione delle risorse faranno parte del suo bagaglio professionale, che la compliance con le strategie dell'azienda sarà ineludibile, che il rispetto dei diritti del paziente sia ormai definitivamente acquisito.

Se è così siamo altresì convinti che tra medico e azienda ospedaliera possa realizzarsi una reale identità di interessi in un clima di reciproco interesse per il paziente che a quel medico o a quell'ospedale si rivolge.

Potrà sembrare paradossale ma l'aziendalizzazione può esaltare a nostro giudizio le "professionalità" del medico: come clinico nel puntare all'appropriatezza ,nelle linee dell'"evidence", come manager nel gestire con oculatezza le risorse assegnate accettando anche la sfida di una nuova organizzazione.

L'infermiere

Anche per gli infermieri i cambiamenti in atto non sono stati trascurabili. La ricerca di maggiore efficienza gestionale, che è il leit motiv comune, per tutte le organizzazioni ospedaliere, ha inevitabilmente coinvolto e sconvolto questa fondamentale componente dell'assistenza.

Se negli Stati Uniti la ricaduta pratica delle fusioni e delle chiusure di ospedali si è tradotta per gli infermieri in riduzioni di organici ,in mobilità, in flessibilità di orari, nei Paesi europei, la minore pressione del mercato, non ha però ridotto la spinta verso la ricerca di efficienza e di razionalizzazione, determinando in fondo comuni atteggiamenti reattivi sia sul fronte delle lamentele che su quello delle proposte.

Le lamentele:

- eccessive attività burocratiche
- poco tempo da dedicare al malato
- organici insufficienti
- turni massacranti
- conflittualità con la direzione considerata insensibile ai problemi dell'assistenza infermieristica
- critica verso un sistema che tende al razionamento delle cure

Le proposte:

- maggiori dotazioni organiche
- maggiori spazi di autonomia professionale
- maggiore coinvolgimento nelle decisioni

Un discorso a parte merita la situazione italiana. Proprio nel febbraio scorso il Parlamento ha definitivamente approvato la legge n. 42 relativa a "disposizioni in materia di professioni sanitarie" dopo un iter quanto mai combattuto.

Con l'avvento dei diplomi universitari diventava inevitabile che agli infermieri venissero riconosciuti spazi di maggiore autonomia superando l'obsoleto mansionario.

Non si tratta, almeno per ora, di "libertà di ricetta" come qualche quotidiano aveva titolato ma i futuri regolamenti in via di emanazione certamente porteranno non poche novità.

I medici concordano sull'opportunità del superamento del vecchio mansionario ma a patto che non invadano il campo proprio della professionalità medica; un campo lo diciamo per inciso che in certi Paesi del Nord Europa (dove il numero dei medici è nettamente minore rispetto all'Italia ed in rapporto alla popolazione assistita) è più ristretto e alle altre professioni sanitarie sono consentite tecniche e manovre assistenziali anche invasive che in Italia desterebbero scalpore.

Una recente esperienza inglese sponsorizzata dal locale Ministero della sanità ha consentito ad esempio che alla Royal Infirmary di Leicester gli infermieri potessero eseguire le rettoscopie.

Ma il timore delle invasioni di campo non è solo limitato agli infermieri ma a tutto quel ventaglio di professioni sanitarie non considerate più ausiliarie ma che possono vivere di vita propria (fisioterapista, tecnico di radiologia...), ma nell'eseguire o nel decidere? è tutto qui il problema.

Come si porrà l'ospedale nei confronti di questi professionisti alla ricerca di autonomizzazione? Innanzitutto dovrà rispettare le leggi ed in linea con lo spirito più che con la lettera delle norme realizzare un contenitore organizzativo che gratifichi il suo personale esaltandone le professionalità e le competenze ma quando queste realmente ci siano.

Gli altri laureati e tecnici

Con l'esclusione di quelle figure che svolgono assistenza diretta ai pazienti e che presentano certe analogie con le figure infermieristiche (tecnici della riabilitazione, tecnici di radiologia), per le altre professioni le questioni emergenti sono soprattutto riconducibili all'esigenza di una più compiuta definizione del loro ruolo all'interno delle unità lavorative in cui operano con il riconoscimento di maggiori livelli di responsabilità.

Le rivendicazioni (anche di tipo categoriale) sono non di rado delicate sul piano giuridico, basti pensare alle note polemiche, all'interno dei laboratori di analisi tra medici da una parte e chimici e biologi dall'altra, a fronte di un lavoro considerato da questi ultimi ,del tutto sovrapponibile.

Una riflessione in più vogliamo dedicarla ai farmacisti. Finita o fortemente ridotta l'era delle preparazioni galeniche il farmacista ospedaliero ha dovuto riproporre la sua professionalità nel settore della gestione, della farmacovigilanza ed in tutti quei comitati in cui può far valere la sua competenza specifica a supporto del medico.

Per il farmacista siamo convinti che la nuova organizzazione ospedaliera possa costituire l'occasione per un rilancio del suo ruolo, da tramite tra le esigenze del clinico e le offerte dell'industria, di vigilanza sulle scorte e sugli armadi farmaceutici, di razionalizzatore dei consumi.

Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo

Il direttore generale è il nuovo nocchiere del vapore e la cosa non è stata digerita con facilità da non pochi dirigenti medici, che, sino a qualche tempo fa, fissavano e seguivano rotte personali, che seppur legittime, non erano sempre coincidenti con quelle dell'ospedale nel suo insieme.

Ma la rotta oggi è obbligata: coniugare efficacia clinica ed efficienza gestionale. Alla direzione dell'ospedale compete il ruolo di superare i singoli particolarismi nell'ottica di obiettivi comuni e condivisi.

La storia recente delle USL, ora ASL, ha però costantemente dimostrato l'enorme difficoltà della pianificazione strategica, in parte per le turbolenze esterne all'ospedale ed in parte per le competitività interne.

Tra le prime sono noti i conflitti inter-istituzionali, le tensioni sindacali, la imprevedibilità dei flussi finanziari, tra le seconde la complessa scelta tra i rami secchi da potare ed i virgulti da sostenere.

La direzione dell'ospedale deve accollarsi l'onere politico prima e tecnico dopo delle scelte e del loro perseguimento.

Ed in questa navigazione i managers sono obbligati a tener conto, pena la loro "sopravvivenza" del mutare dei venti politici ed allora anche ai migliori managers presenti sul mercato, qualche tentennamento lo si può perdonare.

Analoghi problemi di "sopravvivenza" hanno i due primi collaboratori del direttore generale: il direttore amministrativo ed il direttore sanitario. Da lui scelti, con lui decadono ed allora sono dolori...

Il mio anziano maestro di direzione sanitaria così commentava la nuova situazione del direttore sanitario: "è il destino della vedova indiana; morto il capo, alla moglie tocca immolarsi sulla pira..."

E per una figura storica dell'ospedale, che nel bene e nel male ha rappresentato il vertice della direzione tecnica, igienico ed organizzativa, non è certo una bella fine, anche se a questa figura è stata di fatto riconosciuta la giusta competenza ed esperienza per aspirare alla carica di direttore generale; sono tanti, infatti, i direttori generali con un passato da direttori sanitari. Problemi che poco hanno toccato la figura del direttore amministrativo le cui responsabilità, anche e soprattutto di legge, non hanno mai tradizionalmente riguardato il campo della organizzazione ospedaliera.

Grandi sono però le responsabilità di quest'ultimo in particolare quando debbono affiancare dei direttori generali che non dispongono di specifiche competenze tecniche amministrative; in questa evenienza il direttore generale ha assoluto bisogno di un direttore amministrativo competente nella legislazione specifica e conoscitore delle tecniche e dei "segreti" di predisposizione, stesura e controllo dei bilanci.

Si tratta, come si vede, di una troika direzionale le cui diverse competenze professionali, tecniche e politiche, debbono tra loro integrarsi al meglio per riuscire, nel reciproco rispetto degli stili individuali di direzione, a coinvolgere i leaders, clinici e non, dell'ospedale nel raggiungimento di obiettivi comuni.

Le professioni emergenti

Avvocati

L'ospedale ha una rete di rapporti ed inevitabilmente una rete di contenziosi, da quelli con i fornitori a quelli con gli enti di controllo e finanziamento; bisogna stipulare contratti, realizzare appalti, preparare gare, rispettare le normative nazionali ed europee; esiste poi una drammatica escalation delle cause per responsabilità professionale ed allora avvocati esperti nelle diverse branche costituiscono un settore professionistico di sicuro avvenire.

Esperti di marketing e sale manager

Pur non essendoci la concorrenza classica nella realtà nord americana e pur essendo proibita, almeno per adesso, la pubblicità, esiste una competitività in atto sia all'interno delle stesse strutture pubbliche che tra quest'ultime e le private.

Operazioni di marketing per cercare potenziali clienti sono pertanto, a nostro giudizio, non solo lecite ma doverose come ad esempio quelle da sviluppare nei confronti delle società assicuratrici che possono comprare "pacchetti" assistenziali per i loro clienti.

Hotellerie

Un ospedale ha una rilevante attività alberghiera: i servizi di front office, food and beverages, house keeping, classici nella organizzazione di un albergo sono stati spesso trascurati nella loro importanza per gli ospedali, anche dalle direzioni aziendali più illuminate. Ebbene se si vuole un paziente cliente soddisfatto non solo per le cure ricevute ma anche per l'attenzione nell'ospitalità questo è un settore da perseguire.

Qualità

Se ne parla tanto sia per quella che riguarda la qualità delle cure prestate che per l'organizzazione dei servizi nel suo complesso. Se la prima è di esclusiva pertinenza dei medici attraverso il peer review o la pratica della VRQ, la seconda tocca alla azienda promuoverla. Sia che ci si orienti verso procedure codificate del tipo certificazione ISO 9000 o accreditamento, sono indispensabili dei metodologi e degli esperti.

Stampa e comunicazione

Avere una buona immagine è di vitale importanza. L'ufficio stampa, ed in primis il suo responsabile, deve disporre innanzitutto di una propria rete di conoscenze che va coltivata con intelligenza e mantenuta vitale con serietà professionale.

Attraverso questa rete vanno fatti passare i messaggi delle novità positive dell'ospedale, dalle ricerche in corso alla introduzione di nuove tecnologie, gestendo con equilibrio anche i momenti in cui l'ospedale può trovarsi coinvolto in fatti di cronaca drammatici o come purtroppo talvolta accade in vicende di cosiddetta malasanita .

Relazioni con il pubblico

la gente reclama, vuole spiegazioni, ed allora bisogna sapere ascoltare, essere pronti a risolvere i problemi, quando è possibile, o aprire la strada alla loro soluzione. Conoscenza dell'organizzazione dell'ospedale, e dei suoi punti critici in particolare, stanno alla base dell'esperienza richiesta per questa attività ,oramai abbastanza diffusa come "customer service" all'interno delle maggiori aziende.

Informatici

i vecchi CED fanno oramai parte della storia; oggi il sistema informatico costituisce lo strumento indispensabile alla amministrazione e direzione dell'ospedale. Senza un'informatizzazione capillare ed integrata delle procedure amministrative e sanitarie, non esiste statistica, non esiste controllo di gestione, non esiste cioè governo.

Le professionalità in questo settore sono ricercate anche se non tanto nel ruolo di dipendenti quanto di consulenti che debbono conoscere l'organizzazione dell'ospedale, valutare le giuste esigenze attuali e future, consigliando quale pacchetto presente sul mercato sia da acquisire.

Controllo di gestione

Se ne occupano dei professionisti nuovi, almeno per l'ospedale. Collaborano direttamente con il direttore generale, lo aiutano nella predisposizione dei budgets da concordare con i clinici, stanno alla consolle, elaborano gli indicatori di attività produzione, costi e ricavi, fanno cioè "parlare" i numeri, suonano l'allarme alla bisogna, preparano i reports, si interfacciano con i clinici nel leggerli, valutarli e correggerli.

Bioetica

Tra i cosiddetti "strangers at bedside", sono quegli estranei alla cura, che nel recente affollarsi di "stranieri al capezzale del malato", hanno un ruolo tutto particolare:

sono una specie di guardiani dei valori umani che sono quotidianamente esposti al rischio della sopraffazione da uno scientismo fine a sè stesso e da una medicina (bio)tecnologica dalle prospettive spesso allarmanti.

Il campo d'azione della bioetica è vasto come le attività dei comitati etici lo testimoniano, ma l'obiettivo è sempre lo stesso, semplice e ambizioso: tutelare i valori dell'uomo.

Conclusioni

In queste sintetiche riflessioni abbiamo soprattutto posto l'accento su alcune specifiche professionalità. D'altra parte, anche se con sfumature diversi problemi sono analoghi per ingegneri, architetti, economisti e tutti i professionisti che nell'ospedale prestano il loro impegno. Ma che si tratti di un medico, o di un ingegnere o di un chimico l'impegno professionale richiesto deve arricchirsi delle nuove valenze che caratterizzavano il lavoro nell'ospedale di oggi: lavorare per processi e per obiettivi, integrazione delle professionalità e ricerca della qualità.