



Professione e responsabilità

Risk management e ricerca infermieristica: connubio possibile

a cura di Barbara Mangiacavalli

Iniziamo, da questo numero, un'analisi approfondita del nuovo quadro normativo di riferimento della professione infermieristica. In questa prima parte vengono proposti spunti di riflessione rispetto alla legge 251/00.

Il contesto storico e normativo in cui la professione infermieristica è inserita è andato incontro in questi ultimi anni ad un totale e radicale mutamento. In primis il decreto legislativo n. 502/92, modificato con il decreto legislativo n. 517/93 e successivamente con il decreto legislativo n. 229/99, delinea il riordino del Servizio Sanitario Nazionale, prefigurando nuovi assetti organizzativi, contabili e gestionali.

Le scelte sostanziali del legislatore nazionale comportano modifiche strutturali nel servizio sanitario al fine di conseguire risultati più efficaci ed efficienti. Tra tutte si evidenziano:

- la possibilità di adottare soluzioni organizzative innovative per le nuove aziende;
- l'introduzione del principio della responsabilizzazione economica sull'andamento gestionale delle unità organizzative nelle quali è articolato il sistema.

In secondo luogo, dal punto di vista squisitamente professionale, si è registrato il passaggio storico da professione sanitaria ausiliaria a professione sanitaria, con un notevole start-up dagli anni '90 in poi.

Il ruolo e le funzioni svolte dai professionisti all'interno delle aziende sanitarie vengono così ad assumere caratterizzazioni peculiari in funzione del-

l'autonomia organizzativa che gli si attribuisce e che si manifesta nella collocazione della struttura che viene loro riconosciuta, con conseguenze rilevanti sulle modalità di svolgimento dei processi di produzione e consumo nell'ambito delle aziende stesse.

Il processo di aziendalizzazione ha esaltato le caratteristiche proprie dell'azienda (definibile come un sistema organizzativo complesso, dinamico, articolato, coerente al suo interno e finalistico), facendo emergere la necessità di adottare un modello di funzionamento estremamente complesso che ha bisogno di adeguati investimenti in termini organizzativi e gestionali per produrre risultati positivi.

In questo contesto assume particolare importanza il ruolo del professionista nell'ambito della struttura sanitaria che è chiamato ad occuparsi anche di problemi organizzativi e gestionali in quanto parte di un sistema sempre più complesso e diversificato, dove i risultati positivi dipendono da supporti molteplici e differenziati; infatti, la realizzazione di modelli organizzativi innovativi, se da un lato consente di attuare al meglio le finalità aziendali, dall'altro rappresenta una reale possibilità di rivalutare l'apporto delle diverse figure professionali che, se opportunamente integrate, concorrono alla realizzazione delle politiche aziendali finalizzate alla soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

La realizzazione di modelli organizzativi innovativi ha come presupposto forte che le aziende sanitarie abbiano proprie prerogative e autonomia per governare le variabili organizzative in funzione di risultati programmati come stabilito dalla legge di riordino. Il processo di cambiamento deve

diffondere nell'azienda una cultura volta alla "responsabilità e orientamento ai risultati". In questo scenario, dunque, la collocazione organizzativa dell'organo a cui sono demandate funzioni d'organizzazione del personale infermieristico e sanitario, nonché il governo dei loro processi di lavoro, non è da cercare tra gli indirizzi regionali per quanto riguarda le forme/soluzioni da utilizzare o le risorse da impiegare, ma nella capacità dell'alta direzione di vedere in essa la possibilità di realizzazione delle strategie dell'azienda stessa.

La funzione manageriale deve articolarsi, all'interno dell'azienda stessa, secondo le modalità più consone al raggiungimento degli obiettivi propri dell'azienda, più funzionali ad una efficacia e tempestività nei processi decisionali, nonché ad una maggiore efficienza nell'uso delle risorse.

È necessario sottolineare come il ruolo e le funzioni stesse dei vari livelli direttivi siano in larga misura connesse ed influenzate dalle scelte in ordine all'assetto organizzativo ed in particolare alla struttura organizzativa; quest'ultima definita autonomamente dall'azienda in funzione delle scelte strategiche.

L'esigenza degli utenti d'avere servizi sanitari di qualità sempre maggiore e la crescente complessità dei fattori che influenzano il bisogno di salute, ha fatto sì che la risposta sanitaria richieda oggi molteplici prestazioni, garantite da differenti campi di conoscenze, competenze, abilità.

Nella situazione precedente la riforma, le professioni sanitarie "ausiliarie" erano tradizionalmente, ma lo sono ancora in molti casi, organizzate nei livelli direttivi con un Ufficio in staff alla Direzione Sanitaria.

In un contesto organizzativo di questo tipo, i coordinatori a livello di Unità operative dipendevano funzionalmente dal Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari, mentre la linea di dipendenza gerarchica era fra Responsabile dell'Unità operativa e Caposala, in quanto sussisteva il rapporto gerarchico pubblicistico delle professioni sanitarie sulle professioni sanitarie ausiliarie.

Questa soluzione ha evidenziato, inequivocabilmente nel tempo e nelle diverse realtà aziendali, alcuni punti di debolezza in termini di:

- funzionalità complessiva dell'ente;
- motivazione del personale infermieristico.

Tali aspetti problematici possono essere, seppure in modo non esauritivo, ricondotti:

- alla scarsa partecipazione di questa componente professionale sanitaria ai processi decisionali e gestionali dell'ente, dovuta, in prima battuta, alla limitata autonomia decisionale di cui godeva l'Ufficio Infermieristico;
- al conseguente rischio di modesta attenzione alle problematiche inerenti le attività svolte da tali figure professionali e alla destinazione di un limitato ammontare di risorse economiche, materiali ed umane, per la direzione di queste aree d'attività;
- allo scarso riconoscimento e legittimazione nell'ambito aziendale della figura del dirigente; tale debolezza è da collegare al fatto che le relazioni organizzative connesse alla posizione in staff sono, infatti, meno definite e forti rispetto a quelle della linea operativa e presuppongono quindi capacità di rapportarsi in ragione non già dell'autorità gerarchica e del potere organizzativo, bensì a motivo della competenza, dell'autorevolezza e della capacità collaborativa.

La situazione sopra evidenziata è, attualmente, la modalità organizzativa più diffusa nell'ambito delle nuove aziende sanitarie che hanno ereditato soluzioni organizzative non improntate ad una gestione aziendale e che non consentono la responsabilizzazione delle figure professionali sul conseguimento dei risultati.

L'evoluzione del quadro istituzionale, delle fondamentali logiche di governo delle aziende sanitarie connesse alla riforma e del quadro normativo con la legge 251/00, evidenziano l'esigenza di nuove soluzioni organizzative, in quanto:

1. muta la configurazione degli organi di alta direzione;
2. aumenta il grado di responsabilizzazione degli operatori afferenti ai diversi livelli della struttura organizzativa.

Nell'estate del 2000, infatti, viene promulgato uno dei provvedimenti normativi più attesi dalla professione infermieristica: la legge istitutiva della dirigenza. Tale documento s'inserisce a pieno titolo nell'attuale contesto professionale, in quanto rafforza e legittima l'autonomia e la responsabilità infermieristica, non solo a livello clinico-assistenziale ma anche a livello gestionale-organizzativo e formativo. Il comma 1 dell'art. 1 prevede, infatti, che "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche... svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza...". Come si evince chiaramente, il filo conduttore del rinnovato esercizio infermieristico, è un comportamento orientato da profilo professionale, codice deontologico e ordinamento didattico.

Continuando nell'analisi del testo normativo, il comma 3 dell'art. 1 prevede che "Il Ministero della sanità...emana linee guida per:

- a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
- b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata".

Attribuire la diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza

infermieristica significa delineare, nelle aziende sanitarie, una linea gerarchica e funzionale chiara di tutti gli infermieri; il dirigente infermieristico è chiamato a governare tutti i processi organizzativi della funzione infermieristica e, quindi, a governare i professionisti sanitari che realizzano tali processi: gli infermieri.

Le novità, però, non si esauriscono con questo articolo; l'art. 7 recita infatti: "Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari di cui all'articolo 5 della presente legge l'incarico, di durata triennale rinnovabile, è regolato da contratti a tempo determinato, da stipulare...dal direttore generale con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge, attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti d'esperienza e qualificazione professionale predeterminati."

Se la formulazione di questo articolo lascia intravedere una debolezza giuridica, prevedendo la possibilità e non l'obbligatorietà d'istituzione del servizio d'assistenza infermieristica e del relativo incarico dirigenziale, è opportuno considerare che i corsi di laurea di secondo livello sono stati attivati.

Questo significa che, almeno sul piano normativo, si è completata tutta l'impalcatura del nuovo contesto professionale in cui si collocano gli infermieri. Si sostanzia, quindi, la plausibilità e la necessità di riprogettare l'organizzazione andando a definire:

- la collocazione del "Servizio" e del dirigente;
- l'articolazione organizzativa interna del Servizio;
- le relazioni organizzative con gli altri livelli organizzativi e gli altri profili professionali;
- l'opportunità o meno di attribuire al Servizio competenze esclusivamente infermieristiche o anche di altre categorie professionali.

Questi quattro aspetti possono essere progettati ed introdotti:

nell'ambito di un modello organizzativo tradizionale (staff al direttore generale, staff al direttore sanitario, line accanto al direttore amministrativo e sanitario dove le funzioni attribuite sono di responsabilizzazione sui risultati, line al direttore sanitario al pari del dirigente medico e amministrativo di presidio).

nell'ambito di soluzioni organizzative del tutto innovative di cui si sintetizzano due possibilità:

a) la struttura a matrice dove:

- le competenze del Servizio Infermieristico tagliano trasversalmente l'organizzazione;
- il dirigente del Servizio è allo stesso

livello del dirigente di unità operativa o del dirigente di dipartimento;

- il personale infermieristico dipende gerarchicamente dal responsabile del Servizio e funzionalmente dal responsabile dell'unità operativa o dipartimento in cui è allocato;
 - si sviluppano capacità direttive e tecniche relazionali negli appartenenti all'organizzazione;
 - si offrono maggiori opportunità di crescita professionale in quanto esistono molteplici posizioni di tipo manageriale con i relativi spazi d'autonomia decisionale.
- b) la struttura per progetti per la gestione e responsabilità di progetti particolarmente complessi.

Applicare ad USL e Ospedali modelli organizzativi precostituiti non è la soluzione migliore per valorizzare le competenze ed il peso "organizzativo" dei diversi gruppi professionali, ma soprattutto dimostra la poca lungimiranza, la poca conoscenza manageriale, la scarsa attitudine alla dirigenza di coloro che propugnano tale possibilità e che non si dimostrano in grado di interpretare cosa chiede loro l'azienda e come meglio conseguirlo nel rispetto di un contesto di cui sono parte integrante; contesto, che, lo ricordiamo, ha fatto venire meno il rapporto gerarchico pubblicistico delle professioni sanitarie su quelle ausiliarie.

Bibliografia

1. Auteri E., Management delle risorse umane, Guerini Studio, Milano, 2004
2. Calamandrei C., Orlandi C., La dirigenza infermieristica, McGraw-Hill, Milano, 2002
3. Daft R.L., Organizzazione aziendale, Apogeo, Milano, 2004
4. Damiani G., Ricciardi G., Manuale di programmazione e organizzazione aziendale, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2005
5. De Pietro C., Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane, McGraw-Hill, Milano, 2005
6. Hersey P., Blanchard K., Leadership situazionale, Sperling&Kupfer, Milano, 1984
7. Lamberti G., Maggi F., Rossetti R., Il riordino del Servizio sanitario Nazionale, Pirola, Milano, 1994
8. La Valle T., Dirigere le risorse umane. Il settore infermieristico, Carocci Faber, Roma, 2003
9. Pontello G., Il management infermieristico, Masson, Milano, 1998
10. Pintus E., Il project management per le aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2003
11. Rabotti F., Le professioni intellettuali, Giuffrè, Milano, 2003



NOTIZIE IN PILLOLE

Comitato Nazionale di Bioetica (CNB): non sospendete cibo e acqua ai pazienti in coma vegetativo

“La decisione di non intraprendere o d’interrompere la nutrizione e l’idratazione artificiale non è disciplinata dai principi che regolano gli atti medici (...). In genere si ritiene doveroso sospendere un atto medico quando costituisce accanimento, ossia persistenza nella posticipazione ostinata tecnologica della morte ad ogni costo (...) Nella misura in cui l’organismo ne abbia un obiettivo benefico, nutrizione e idratazione artificiali costituiscono forme d’assistenza ordinaria di base e proporzionata (efficace, non costosa in termini economici, d’agevole accesso e praticabilità, non richiedendo macchinari sofisticati ed essendo in genere, ben tollerata). La sospensione di tali pratiche va valutata non come la doverosa interruzione di un accanimento terapeutico, ma piuttosto come una forma, da un punto di vista umano e simbolico particolarmente crudele, di “abbandono” del malato”. Con questa motivazione il CNB ha definito che la somministrazione di cibo e acqua, anche tramite sondino, ai pazienti in coma vegetativo persistente, non costituisce accanimento terapeutico ed è quindi “da considerarsi eticamente e giuridicamente illecita”. Unica eccezione, è ravvisabile qualora vi sia un’incapacità dell’organismo di assimilare le sostanze fornite. Parere entusiastico da parte dell’Ordine dei Medici e degli Anestesisti. La decisione è stata contrastata dai membri laici del comitato con diverse postille al documento.

(Fonti: *Il Sole 24ore Sanità* 11-17 ottobre 2005 // www.palazzochigi.it/bioetica/testi)