



Lo Smi dell'Emilia Romagna ha raccolto in uno studio le criticità con i vertici delle Asl

I medici bocchiano i dirigenti

Troppo burocrazia e gerarchie, manca l'ascolto e il coinvolgimento

Il Centro studi programmazione sanitaria (Csp) del Sindacato dei medici italiani dell'Emilia Romagna ha effettuato uno studio osservazionale, tutt'ora in atto, tra iscritti e simpatizzanti per approfondire alcune criticità, da tempo evidenziate dai medici di medicina generale e dai medici dipendenti (detti produttori), nei confronti di alte e medie dirigenze aziendali (dette committenze).

Il Sindacato dei medici italiani (Smi) può contare tra i suoi sostenitori diverse professionalità mediche (Mmg, medici di continuità assistenziale e dei servizi territoriali, pediatri, specialisti, ospedalieri, specializzandi, primari, universitari ecc.). I risultati dello studio, sebbene riferiti a dati preliminari ma significativi, mostrano un profondo, e sommerso, disagio degli operatori. L'oggetto dello studio sono i medici dipendenti e parasubordinati che hanno sviluppato segni o sintomi riconducibili ad atteggiamenti difensivi nei confronti delle aziende (demotivazione, disimpegno, burn-out, straining, mobbing, stress occupazionale ecc.). L'obiettivo dello studio è quello di cercare di elencare e conoscere i bisogni organizzativi e gestionali dei medici produttori che hanno sviluppato comportamenti difensivi nei confronti delle aziende, ma anche di individuare possibili soluzioni. Lo strumento utilizzato si richiama alla tecnica della raccolta delle narrazioni e dell'analisi del testo. La raccolta del materiale è avvenuta tramite l'ascolto di narrazioni, trascrizione di appunti, registrazioni audio assicurando l'anonimato e il rispetto della privacy. Le storie raccontate dai medici e raccolte dai ricercatori, contengono informazioni significative riguardanti il vissuto dei vari operatori nei confronti dell'organizzazione aziendale di appartenenza. I racconti sono senz'altro espressioni personali, ma posseggono un senso e un significato che vengono sottolineati dalla costante ricerca di interpretazione che questi colleghi formulano nei confronti delle loro realtà aziendali.

La ricerca ha stimolato. In ogni caso si ritiene che i ricercatori di questo tipo possano essere utili ad aprire un dibattito tendente alla ricerca di soluzioni idonee al superamento di tali conflittualità, nell'ottica di poter migliorare, attraverso una nuova prassi relazionale, la produttività interna delle aziende sanitarie.

C'è una scarsa attenzione per gli effettivi carichi di lavoro

Cresce il disagio. Dallo studio stanno emergendo racconti che esprimono una notevole insoddisfazione e un profondo disagio nei confronti delle committenze (alte e medie dirigenze aziendali). Viene percepito, e segnalato spesso dagli intervistati, che i funzionari non medici ottengono più attenzione, da parte delle alte dirigenze, dei clinici stessi: costoro ottengono accessi diretti e immediati, non sono costretti a chiedere appuntamenti che, per i produttori, sono di molto dilazionati nel tempo se non addirittura dimenticati e inevasi. Tali comportamenti dirigenziali

vengono considerati come massificanti e genererebbero, di fatto, una situazione nella quale la committenza è avvertita come disinteressata a condividere i contributi, le idee o i suggerimenti che dovessero provenire dai singoli medici.

Le carenze dei "capi"
● Scarsa propensione alla soluzione dei problemi organizzativi
● Scarsa propensione a prendere decisioni e a fare scelte in quanto l'immobilità non comporta mai assunzione di responsabilità con la netta percezione, da parte della base dei produttori, che questi siano ruoli loafers
● Scarsa propensione a sviluppare relazioni interpersonali di qualità
● Scarsa propensione a considerare le proposte e i progetti organizzativi-gestionali originati dalla base, eccezion fatta per le elaborazioni proposte dai pochi, prediletti e graditi
● Tendenza all'utilizzo di risorse e contributi originati dai "produttori" senza riconoscerne l'origine, la paternità e l'impegno collaborativo
● Scarsa conoscenza di metodi e di criteri di valutazione trasparenti, oggettivi, meritocratici
● Scarsa preoccupazione per il sottodimensionamento del personale con incremento di ruoli a "scavalco" tra due o più servizi e di ulteriori posizioni "non operative"
● Scarsa preoccupazione verso un'equa distribuzione delle assunzioni
● Scarsa attenzione alla progressione meritocratica delle carriere
● Scarsa conoscenza del significato, non retorico, di "meritocrazia" o "qualificazione certificata"
● Scarsa propensione alla diffusione non formale delle informazioni
● Scarsa propensione a comprendere e ad analizzare i bisogni organizzativi gestionali dei produttori tanto che, come conseguenza, le committenze tendono a operare scelte scollate dai bisogni organizzativi e gestionali reali
● Insufficiente conoscenza delle situazioni pratiche e operative della base con tendenza a emarginare i produttori portatori di istanze innovative

inoltre come estremamente arrovato alle regole della formalità burocratica: organigrammi, relazioni, uso arbitrario delle rigide regole gerarchiche non permetterebbero al personale una reale partecipazione e una libera espressione di idee propositive nonostante venga enfatizzata la necessità di fare aderire la prassi aziendale alla così detta democrazia partecipata. A fronte dell'eccessiva attenzione formale vi sarebbe una scarsissima attenzione alle procedure applicate effettivamente e sistematicamente, agli effettivi impegni lavorativi assistenziali mantenuti nel tempo, agli effettivi carichi di lavoro

che si dimostrano palesemente squilibrati, alle modalità relazionali, al clima di tensione percepito. Conviverebbero infatti nelle aziende, secondo i racconti, soggetti poco responsabilizzati, considerati dai produttori come figure vuote o di maniera, ma nello stesso tempo, quasi sempre presenti nelle situazioni non operative, molto graditi e sostenuti dalla committenza insensibile alla dimostrazione basata sull'evidenza di un netto e non sostenibile sbilanciamento tra carichi di lavoro eccessivi per alcuni e tranquilla routine inoperosa per altri.

Anche le recenti indicazioni riguardanti gli obiettivi di integrazione contrastano con le più solide direttive di qualità e appartenenza. Il concetto di integrazione, è vissuto come ambiguo e imposto dall'alto, e pare nascondere l'intenzione - secondo le

narrazioni - di far fare più cose, far funzionare più servizi, utilizzando le stesse risorse già in forza a una sola unità eventualmente già sotto-dimensionata, mantenendo quello squilibrio tra carichi di lavoro già menzionato. L'origine del malessere difensivo è causato quindi dalla netta sensazione, avvertita dai produttori, di contare poco nelle aziende se ciò viene confrontato con l'interesse che le dirigenze aziendali riservano ad altri soggetti "non operativi" o ad altre figure con oggettive minori responsabilità legali riguardo agli effetti del loro agire. Questa impressione provoca inevitabilmente risentimento per l'ingiustizia percepita: la scarsa equità nelle valutazioni e nelle considerazioni rafforzano la certezza di ricevere trattamenti discriminatori.

La piramide gerarchica. L'apparente rigida gestione del potere decisionale crea comunque timore, a volte vera paura, tra i produttori che si sentono impotenti e incapaci di ogni iniziativa di partecipazione attiva. Il timore a sua volta può trasformarsi (attraverso un noto processo psicologico) in rancore che può innescare, di conseguenza, la ricerca di una rivendicazione personale. Questo comportamento attuato in un ambiente sanitario può diventare, oggettivamente, devastante per tutti: pazienti, produttori, alte dirigenze.

Il noto modello della piramide gerarchica individua al vertice la committenza che professa competenze organizzative e gestionali (cosiddetta competenza burocratica). Alla base della piramide vengono posti i produttori che possiedono competenze cliniche, ma anche organizzative-gestionali (competenza burocratica e clinica). I medici che lavorano ogni giorno nell'assistenza affermano di conoscere i propri bisogni gestionali-organizzativi e anche le richieste degli assistiti. Affermano di fare fronte alle varie esigenze espresse mettendo in atto sia competenze burocratiche che cliniche. I produ-

ti, alla base della piramide, si percepiscono come il fondamento del Ssn e si considerano come coloro che permettono al servizio sanitario di poter essere ancora considerato nazionale e universale e si vivono, inoltre, come alternative alle alte dirigenze costrette a tavolino. Le competenze della base sono valutate come storicamente più professionalizzate per curriculum formativo e accreditamento scientifico, mentre quelle del vertice sono percepite come scarsamente autonome dalla politica che ne rappresenta il reale referente.

Le contromisure. Dipendenti e parasubordinati ritengono che per affrontare i problemi organizzativi e gestionali della nostra Sanità debbano essere attuate alcune misure o iniziative culturali, normative e legislative:

- si ritiene opportuna una legislazione che abolisca la lottizzazione operando almeno una compensazione in numero e in remunerazione tra il potere assoluto delle alte dirigenze (non operatività) e la partecipazione di chi esercita il massimo di responsabilità (operatività);
- si ritiene essenziale che la posizione organizzativa e funzionale delle alte dirigenze aziendali possa rappresentare anche un sistema di progressione di carriera, come è prassi in altri Paesi, per medici, già operativi nell'assistenza, che per vari motivi, dopo una professione certificata e riconosciuta, debbano, loro malgrado, ridurre l'attività prima del pensionamento (per parziali malattie o altro), ma che siano assolutamente in grado di trasmettere ancora tanto sapere, competenza ed esperienza;
- si ritiene fondamentale l'unità sindacale, nel rispetto delle tradizioni, tra tutte le sigle mediche esistenti (creando una specie di camera alta con poteri decisionali o vincolanti) in quanto la suddivisione della categoria viene considerata antistorica e fondamentalmente deleteria per la categoria;

Le cause del malessere
● Incremento del carico di lavoro aumentato a dismisura e origine spesso di episodi di malasanità pubblicizzati sulla stampa
● Incapacità di valutazione degli effettivi carichi di lavoro dei singoli medici e degli altri operatori
● Riduzione delle risorse mediche nei servizi e nella Continuità assistenziale
● Incremento delle risorse amministrative e aumento del personale aziendale "non operativo" visto come carriera interna e sistema premiante (chi non è operativo è percepito dai produttori come premiato e dalla committenza come più meritevole, più adatto, più degno di rispetto, di attenzioni, di informazioni, di incontri, di scambi di idee...)
● Aumento di contratti di consulenza per la specialistica a pensionati con riduzione di primo accesso alla professione da parte dei giovani
● Processi decisionali patologici autoreferenziali, non oggettivi e scarsamente valutabili
● Incompetenze nel valutare i bisogni organizzativi e gestionali: la committenza, a causa dell'utilizzo eccessivo della metodica autoreferenziale, non dimostra di essere in grado di saper leggere i bisogni dei dipendenti e dei parasubordinati e continua a perseguire scelte secondo logiche politiche o di apparato senza far riferimento a criteri di qualità o meritocratici

● si ritiene formativo, etico e preventivo di comportamenti disadattivi (dettati dal rancore o dal risentimento) introdurre la così detta indagine-riconoscimento-inchiesta elogiativa come pratica comune di conoscenza obiettiva all'interno delle Asl;

● si richiede agli ordini dei medici un approfondimento dirimente tra alcune apparenti contraddizioni deontologiche derivanti dagli interessi aziendali che i medici dipendenti con ruoli di organizzazione devono osservare e le indicazioni di colleganza contenute nel codice deontologico medico.

I produttori sostengono di mantenere, nonostante le difficoltà denunciate dalla ricerca osservazionale, una dignità e un'autostima che derivano, verosimilmente, dalla loro cultura e dalla loro formazione: questi aspetti intangibili si manifestano nel lavoro assistenziale quotidiano, nella stragrande maggioranza dei casi, al meglio e ricevuto positivamente dalla gran parte dei pazienti, come dimostrano le conclusioni dei numerosi sondaggi. Questa forza, auto-percepita, sta proprio nel contatto quotidiano e diretto con gli assistiti, nella costante presenza pluri-decennale, nel visitare le persone, nel porre ipotesi diagnostiche, nel accettare, nel proporre soluzioni ai problemi, nel cercare di far bene il proprio lavoro. Anche se si vivono come lontani dalle stanze importanti, i produttori continuano comunque a progettare visioni future, strettamente collegate alle analisi dei bisogni, nella convinzione che ciò che viene fatto di buono per i pazienti e per i colleghi non sia mai inutile.

Gli intervistati assicurano

che all'interno delle Asl, sia tra i dipendenti che tra i parasubordinati, si possano identificare molte persone che dimostrano abilità in grado di ottenere cambiamenti migliorativi per colleghi, utenti e aziende stesse. Questi colleghi possono diventare "opinion leader" non formali, possono essere imitati e sono in grado, così, di favorire un apprendimento diffuso di abilità innovative o di comportamenti adattivi. La sensazione dei produttori è che vi sia una assenza di attenzione da parte delle alte dirigenze verso queste dinamiche anche se, alla fine, è il cambiamento migliorativo-adattivo continuo che può mantenere vitale un'organizzazione. I medici dipendenti e para-subordinati vorrebbero che la committenza non avesse solo un ruolo nominativo ("armiamoci e partite"), ma che fosse in grado di mostrare interesse verso il lavoro quotidiano dei produttori, di attuare comportamenti di fiducia, di rispetto, di servizio eticamente e moralmente imitabili.

Infine il confronto con le organizzazioni sindacali non soddisfa e non compensa i produttori in quanto vi è la sensazione che parlare con i sindacati o con le aziende sia la stessa cosa a causa di uno strisciante allineamento dei vertici sindacali verso le posizioni del potere aziendale.

Conclusioni. La ricerca stimola molte riflessioni preoccupate, in merito alle fratture percepite dall'operatore medico. È necessario, comunque, nel valutare tali evidenze, estrema prudenza. A volte ciò che è una sensazione può essere raccontata come se fosse una realtà. Obiettivamente vi è però una "frequenza" nella ripetizione di alcuni racconti tale da poter pensare che la conflittualità "narrata" possa richiedere una particolare attenzione. Saranno poi le contingenze e gli avvenimenti, a volte fortuiti, che potranno palesare, nel tempo, l'attendibilità delle suggestioni che questa ricerca ha stimolato. In ogni caso si ritiene che i ricercatori di questo tipo possano essere utili ad aprire un dibattito tendente alla ricerca di soluzioni idonee al superamento di tali conflittualità, nell'ottica di poter migliorare, attraverso una nuova prassi relazionale, la produttività interna delle aziende sanitarie.

Bisogna abolire la lottizzazione e puntare sull'unità dei sindacati

Bruno Agnetti
Alessandro Chiari
Davide Dazzi
Mario Salvi

Gruppo di lavoro Centro studi programmazione sanitaria Sindacato dei medici italiani Emilia Romagna