



GESTIONE

6

di un Servizio di Endoscopia Digestiva

Il libro bianco dell'endoscopista
F. Cosentino, G. Battaglia, E. Ricci

L'organizzazione del personale in un Servizio di Endoscopia Digestiva

Enrico Ricci
Patrizia Grementieri



RECORDATI



il libro bianco dell'endoscopista

PROGETTARE, REALIZZARE

ORGANIZZARE e

GESTIRE

**un Servizio
di Endoscopia Digestiva**

Felice Cosentino
Giorgio Battaglia
Enrico Ricci

L'organizzazione del personale in un Servizio di Endoscopia Digestiva

*Enrico Ricci
Patrizia Grementieri*





in questo *fascicolo*
di **GESTIONE** 

Introduzione	5
Definizione delle staff	5
Reclutamento e selezione del personale	7
La formazione	7
La motivazione	7
La valutazione, gli stili di direzione ed il management control	10
Matrice delle responsabilità	12
Linee guida per la definizione di un piano di lavoro ..	12
L'organigramma ideale	13
Sintesi delle responsabilità	15



© 2003 AREA QUALITÀ® S.r.l.
Via Comelico, 3 - 20135 MILANO
E-mail: info@areaqualita.it
Tutti i diritti riservati

Questo fascicolo è stato stampato dalla tipografia
Vigrafica di Monza nel mese di settembre 2003
Impaginazione: Area Qualità - Maurizio Duranti

L'organizzazione del personale in un Servizio di Endoscopia Digestiva

Enrico Ricci* e Patrizia Grementieri**

* Direttore Unità Operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale G.B. Morgagni di Forlì

** Coordinatore infermieristico Unità Operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ospedale G. B. Morgagni di Forlì

INTRODUZIONE

Un Servizio di Endoscopia per perseguire i propri obiettivi deve, come un'azienda, essere gestito con criteri di economicità, intesa come soddisfacimento dei fini istituzionali, efficiente impiego delle risorse, razionalizzazione dei processi, eliminazione di ogni spreco e riduzione dei costi.

Per poter far fronte a queste esigenze è necessario applicare strumenti di gestione, ovvero un sistema di metodi, principi, strumenti che permettano di valorizzare le dimensioni di economicità, efficienza, razionalità.

A questo proposito è unanimemente condivisa l'opinione che la principale ricchezza di un servizio sia rappresentata dalle persone che s'impegnano al suo interno, per cui è necessario introdurre opportune politiche e tecniche di gestione del personale che comprendano la selezione, l'accoglienza, l'affidamento dei ruoli e delle attività, la formazione e la valutazione.

Purtroppo la gestione del personale e l'attenzione per l'assetto organizzativo sono troppo frequentemente aspetti residuali della gestione, che è concentrata sulla quotidianità o su problemi prettamente di tipo finanziario, a spese della qualità del servizio erogato.

DEFINIZIONE DELLO STAFF

La definizione dello staff di un Servizio di Endoscopia Digestiva riveste un ruolo molto importante sia per l'incidenza che le risorse umane hanno in termini di outcome, sia in termini economici-gestionali.

La selezione delle diverse figure professionali necessarie al funzionamento di un servizio è un fattore critico in termini di efficienza ed efficacia, e deve essere definito attraverso un'attenta analisi delle variabili che circondano ed influenzano l'erogazione stessa [Ravich WJ., Kress L. *The endoscopic Unit. In: Gastrointestinal Disease. An endoscopic approach. Ed. DiMarino A., Stanley B.B. Slack Inc. 2002*].

GLI ELEMENTI DA ANALIZZARE POSSONO ESSERE COSÌ RIASSUNTI:

tipologia dell'utenza

- percentuale di anziani
- grado di autosufficienza
- numero di bambini
- rapporto fra ambulatoriali e ricoverati

tipologia della domanda della prestazione

- percentuale di prestazioni diagnostiche
- percentuale di prestazioni operative
- numero di prestazioni in anestesia generale
- numero di prestazioni in sedazione cosciente
- numero di prestazioni urgenti

insieme strutturale

- numero di sale endoscopiche disponibili (radioschermate)
- presenza di un percorso definito per la disinfezione (all'interno o possibilità di accesso ad una centrale di sterilizzazione)
- numero di sale di attesa (pre e post prestazione)

percorsi assistenziali possibili (inpatient / outpatient)

- possibilità di ricovero presso degenze o Day Hospital
- percorsi integrati con altre Unità Operative (chirurgia, pediatria, radiologia)
- percorsi integrati con i MMG
- presenza di attività in pronta disponibilità

modalità di accesso

- open access
- prenotazione centralizzata
- prenotazione presso l'unità operativa

È necessario stabilire per ogni tipo di prestazione un tempo standard di esecuzione. La valutazione numerica dello staff va inoltre definita nella possibilità o meno di poter differenziare le varie figure professionali rispetto alle attività da espletare: il percorso dell'utente deve essere frammentato in atti, in maniera tale da distinguere l'appropriatezza delle figure professionali coinvolte. Sinteticamente ci si può avvalere di quattro figure professionali: medici, infermieri, personale tecnico (OTA, OSS) e amministrativi. L'attività di front office (prenotazioni, accogliimento, distribuzione materiale informativo, tenuta dei registri dei volumi di attività) può essere espletata da personale amministrativo.

Ponendo sotto la responsabilità infermieristica il percorso assistenziale [D.M. 739 del 1994], le attività di disinfezione ed alberghiere, possono essere compiute da personale tecnico (OTA, OSS); per poter meglio attribuire le mansioni è necessario avvalersi dei mansionari di questi operatori [D.M. 502/92, 281/97].

Per il funzionamento di una sala endoscopica diagnostica di solito è sufficiente un singolo infermiere, coadiuvato da un operatore tecnico, mentre per procedure terapeutiche e tecniche più avanzate sarebbero necessari due infermieri. Un ulteriore infermiere dovrà essere disponibile per intervenire nelle varie sale, qualora ne emerga la necessità.

Il calcolo del personale deve essere accurato, ma anche monitorato, in quanto il volume e la tipologia delle prestazioni possono cambiare nel tempo. Un metodo per calcolare il personale necessario può essere ricavato dalla seguente formula:

$$(\sum m'I / 2160) \times Z$$

- $\sum m'I$ Somma dei minuti assistenziali necessari ad eseguire tutte le prestazioni settimanalmente
- 2160** Resa oraria settimanale espressa in minuti
- Z** Coefficiente di sostituzione, deciso a livello aziendale (a Forlì 0,210)

RECLUTAMENTO E SELEZIONE DEL PERSONALE

Nelle strutture sanitarie pubbliche italiane il reclutamento del personale è disciplinato da normative di legge scarsamente flessibili, che lasciano poco spazio ad una vera selezione basata su criteri professionali e attitudinali. Sono veramente poche le realtà e le situazioni nelle quali il Direttore di una Unità operativa viene messo in grado di scegliere il personale, poiché nella maggior parte dei casi deve fare i conti con scelte preesistenti o effettuate da altri soggetti. Quanto sopra riportato vale sia per il personale medico che infermieristico. Al Direttore non resta altro che cercare di motivare il personale disponibile, facendo leva su strumenti operativi diversi, che utilizzano soprattutto la formazione come elemento principale. Ai dirigenti medici di un Servizio di endoscopia vengono inoltre richieste, oltre a quelle professionali, anche conoscenze di tipo manageriale. L'evoluzione della disciplina e la ricerca di nuove modalità organizzative, come ad esempio la day surgery o l'endoscopia ambulatoriale, richiedono inoltre doti creative per conciliare l'efficacia delle prestazioni con l'efficienza organizzativa [McMillin D.F. *Staffin and scheduling in the endoscopy center. Gastrointest. Endosc. Clin. North Am.* 2002; 12, 2: 285-296].

LA FORMAZIONE

La preparazione specifica del personale medico e infermieristico, di grande importanza per il buon andamento del Servizio, viene trattato nel capitolo che segue. Nei servizi di endoscopia è necessario prevedere personale infermieristico che abbia effettuato un adeguato periodo di training, per garantire la qualità delle prestazioni ed evitare l'aumento delle spese per le riparazioni degli endoscopi. La disponibilità di

personale esperto può condizionare inoltre la incidenza delle complicanze, l'accuratezza delle diagnosi, l'appropriatezza delle manovre terapeutiche, soprattutto oggi che un numero sempre maggiore di pazienti anziani e seriamente ammalati viene sempre più frequentemente sottoposto a manovre endoscopiche [Quine M.A. et al. *Prospective audit of upper gastrointestinal endoscopy in two regions of England: safety, staffing and sedation methods. Gut* 1995; 36, 3: 462-7]. È stato dimostrato che maggiore è l'esperienza del personale dello staff, minore è il tempo impiegato per l'esecuzione delle procedure endoscopiche. La stessa proporzione è stata riscontrata anche per i costi [Cantero Perona J. et al. *Complexity index and analysis of digestive endoscopies at a university hospital. Gastroenterol. Hepatol.* 2002; 25, 2: 71-8]. La formazione deve quindi essere considerata un elemento strategico per il buon funzionamento del Servizio di endoscopia, anche come strumento di motivazione personale.

LA MOTIVAZIONE

Il termine motivazione indica il moto ad agire, cioè "una sorta di forza interna che stimola, regola e sostiene le principali azioni compiute dalla persona" [S. Salvemini, *Le variabili individuali*, in A. Ruggiardi, *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, Milano, 1978].

Un modo per comprendere ed analizzare la motivazione è quello di considerare distintamente:

- **la motivazione a partecipare**, cioè quali bisogni tende a soddisfare la persona nel lavoro
- **la motivazione a rimanere**, cioè quali elementi vengono considerati per non abbandonare l'organizzazione presso la quale si lavora.

Per meglio capire i due aspetti precedenti, è opportuno definire i bisogni, come ragione fondamentale che spinge gli individui ad agire e quindi come punto di partenza della "sequenza della motivazione" [G. Ambrosio, F. Bandini, *La gestione del personale nelle aziende non profit*, Etas Libri, 1998].



Il bisogno consiste nella carenza di un oggetto desiderato, tanto che l'individuo orienta il suo comportamento così da soddisfarlo; può essere visto come una caratteristica intrinseca della persona, che provoca e dirige i comportamenti degli individui.

La soddisfazione di un bisogno consiste nell'esperienza della rimozione dello stato di tensione, inerente alla consapevolezza della insoddisfazione di certi bisogni e non indica invece la situazione di appagamento finale. Si tratta dunque di una situazione dinamica, non statica.

Il comportamento a partecipare e in particolare la scelta ad intraprendere una professione, può essere spiegata attraverso:

- **l'altruismo**, considerato come comportamento prosociale, inteso come azione a favore della società, per mezzo di atti destinati a produrre il benessere degli altri senza escludere ricompense
- **l'utilità**, il riferimento è alla teoria economica, secondo la quale una persona cede le proprie risorse in modo da ottenere un'utilità ottimale, così da eguagliare i costi ai benefici
- **il capitale umano**, è una variante della teoria dell'utilità che considera, nei rapporti costo/benefici, gli investimenti in capitale umano
- **le aspettative**, possono riguardare la soddisfazione ottenibile dal lavoro, i tipi di interazione che si potranno sviluppare, il contributo all'organizzazione e alla comunità
- **i bisogni**, l'insoddisfazione di alcuni bisogni della persona nella normale vita di relazione
- **la socializzazione**, intesa come relazione sociale

I fattori che influenzano la decisione a non abbandonare l'organizzazione possono essere:

- **la stima**, svolgere cioè un lavoro apprezzato ed importante, essere apprezzati e stimati, sentirsi realizzati
- **la realizzazione delle aspettative**, favorite da un buon processo di inserimento, un feedback positivo da parte dell'utenza, il morale generale e le condizioni di lavoro.

Questa classificazione ha implicazioni gestionali importanti soprattutto per le aziende personality intensive come quelle sanitarie, in sede di assunzione ed inserimento del personale. Questo tipo di aziende ha come caratteristica il fatto che l'utente partecipa all'erogazione del servizio stesso, per cui la componente relazionale assume un valore rilevante: il compor-

tamento dell'operatore determina il risultato. *“La percezione della qualità del servizio si realizza quando l'erogatore e il consumatore si affrontano nell'arena”*. In quel momento gli operatori dipendono in larga misura solo da se stessi, solo in minima parte il loro operato può essere influenzato dall'azienda; ciò che è incisivo è l'insieme delle abilità, la motivazione e la capacità relazionale, indipendentemente dalla qualità e quantità di attrezzature disponibili

Come si è sottolineato in precedenza, la motivazione è determinata dalla volontà di soddisfare alcuni bisogni. I modelli motivazionali possono essere suddivisi tra quelli di contenuto, che aiutano a capire che cosa motiva gli attori ad agire e quali bisogni essi tendono a soddisfare, e quelli di processo, che cercano di individuare il legame che esiste tra i bisogni e le modalità di azione.

Tra i modelli di contenuto, i più noti sono:

- la gerarchia dei bisogni di Maslow
- i fattori duali di Herzbergh
- il modello successo-potere-appartenenza di McClelland e Atkinson

Tra questi illustreremo in particolare i fattori duali di Herzbergh.

LA DUALITÀ DI HERZBERGH

Nella sua impostazione teorica Herzbergh identifica, in riferimento alla soddisfazione sul lavoro, due tipologie di fattori: **quelli motivanti e quelli igienici**.

I fattori igienici sono quelli la cui presenza non motiva le persone, ma la cui assenza tende a demotivarle; i fattori motivanti sono, al contrario, quelli la cui presenza provoca soddisfazione e fungono da leva sulla motivazione.

Fattori igienici :

- **sicurezza**, intesa come conoscenza/competenza, determinata anche dalla chiarezza delle aspettative rispetto al proprio ruolo, cioè l'insieme delle aspettative che vengono rivolte ad una posizione dai gruppi di riferimento; definire a priori le aspettative evita i conflitti di ruolo.
- **retribuzione**, la quota fissa è un fattore igienico, quella variabile è motivante; avere però solo quella variabile (cottimo) produce un effetto frustrante.
- **relazioni personali**
- **supervisione**, la considerazione, nel bene e nel male, del proprio lavoro; aver un capo severo è meglio che non averlo.

- *ambiente di lavoro*, inteso anche come sicurezza del contesto lavorativo.

I fattori motivanti sono:

- *carriera*
- *il tipo di lavoro in sé*
- *autonomia/responsabilità*
- *riconoscimento dei risultati lavorativi*
- *possibilità di raggiungere risultati significativi*

TRICKS OF THE TRADE

Come si è già sottolineato in precedenza, nelle aziende personality intensive, la gestione e valorizzazione del personale assume un aspetto rilevante, al fine di erogare un servizio percepito dall'utente qualitativamente accettabile.

Il personale si attende molte cose dall'organizzazione: rispetto e riconoscimento, trattamento equo, salari adeguati, nonché la percezione di lavorare per qualcosa che vale.

L'eccessiva mobilità del personale, oltre che dimostrare un disagio, crea comunque problemi organizzativi, sia per gli operatori che chiedono lo spostamento, sia per coloro che restano, che devono sopperire alle carenze professionali del personale neo-inserito. Diventa fondamentale, perciò, agire sul livello motivazionale, cercando di creare le condizioni per far crescere un senso di appartenenza aziendale (fidelizzazione). Attualmente questo aspetto assume ancor più valore, vista la carenza di personale infermieristico e di medici specialisti presente sul mercato.

LE STRATEGIE DA ADOTTARE POSSONO ESSERE DIVERSE:

Promuovere momenti di informazione

al personale, rendendoli partecipi alle scelte gestionali dell'U.O. attraverso l'organizzazione di momenti di incontro, standardizzati, non posti in essere solo a fronte di problematiche quotidiane. In sede di discussione, il poter constatare che si è tenuto adeguatamente conto dei vari punti di vista può determinare un'atmosfera favorevole per l'approvazione di un determinato programma nella sua globalità. *È sorprendente la misura in cui i critici possono trasformarsi in sostenitori, qualora si dia loro la possibilità di contribuire alla soluzione di un problema o si attribuisca loro un ruolo specifico.* Il coinvolgere il personale nella definizione dei futuri orientamenti e delle relative strategie, nella progettazione dei nuovi servizi e soprattutto nelle conseguenti attività di realizzazione, costituisce la via più sicura per ridurre al minimo le critiche ed allargare il consenso.

Attivare una comunicazione scritta capillare

a fronte di eventi di particolare interesse. A livello di U.O. può essere consigliato al Direttore medico e al Coordinatore infermieristico di posizionare una bacheca ove affiggere le comunicazioni per il personale, aiutando indirettamente la criticità di passaggio di comunicazione.

Segue

LE STRATEGIE DA ADOTTARE POSSONO ESSERE DIVERSE:

Porre in essere un processo d'inserimento definito

che coinvolga tutte le figure professionali. L'accoglienza è un meccanismo operativo che ha l'obiettivo di far sentire il nuovo operatore il più possibile a proprio agio alla nuova esperienza. Per questa ragione il responsabile dell'U.O. coadiuvato dal coordinatore, deve trasmettere e spiegare la propria struttura, gli obiettivi da raggiungere, i valori di riferimento e "le regole del gioco" coerenti alla propria attività. Con molta probabilità un buon programma d'inserimento può: ridurre la rotazione del personale, mitigare l'ansia e l'incertezza del nuovo operatore nella realtà a lui sconosciuta, far risparmiare tempo ai colleghi e instillare valori positivi, accrescendo anche la motivazione e la soddisfazione sul lavoro. Per facilitare questo processo è sempre opportuno che il neo-assunto venga affiancato ad un tutor, in modo che egli sappia sempre a chi rivolgersi per qualsiasi problema o dubbio. Il tutor dovrebbe essere una persona con una certa esperienza e una marcata predisposizione alle relazioni umane. Impostare una tutorship ha una duplice valenza positiva: evita il rischio di confusione di ruoli, di erronee interpretazioni sugli ambiti di responsabilità e consente un innalzamento del livello motivazionale per il personale che collabora all'inserimento. L'inserimento può essere costituito da due fasi: una informativa, sostenuta dal personale medico o infermieristico, una operativa, ove il neo-assunto viene coinvolto direttamente all'interno dell'U.O. dove andrà ad operare, per conoscere tutto il contesto delle attività ed i colleghi, ovviamente con il supporto del tutor. È fondamentale la presentazione del nuovo operatore agli altri membri dell'organizzazione, al fine di verificare le aspettative reciproche: il neo-assunto potrebbe avere delle aspettative superiori rispetto alle reali potenzialità, creando così una prima frattura alla motivazione.

Promuovere sistemi organizzativi d'integrazione

fra le varie figure professionali. Molti studi affermano che cooperare, prima ancora di essere moralmente giusto, è assolutamente conveniente: colui che coopera con gli altri non è un eroe che sacrifica il proprio egoismo, ma un saggio che persegue il massimo del proprio interesse. A questo proposito si fa riferimento alla "Teoria dei giochi" che afferma come nella vita esistano due tipi di giochi: "i giochi a somma zero" ed i "giochi a somma diversa da zero". Nei giochi a somma zero la vittoria di uno coincide con la sconfitta dell'altro, i due sono in competizione diretta e per vincere è necessario che l'altro perda. Nei "giochi a somma diversa da zero" o si vince insieme o si perde insieme: tentare di sopraffare l'altro conduce entrambi alla sconfitta. Di questo tipo è la maggior parte delle relazioni interpersonali e in special modo le relazioni all'interno dei contesti lavorativi.

LA VALUTAZIONE, GLI STILI DI DIREZIONE ED IL MANAGEMENT CONTROL

Al fine di misurare l'andamento del proprio centro di responsabilità, è fondamentale che il Direttore di un Servizio ponga in atto dei meccanismi di valutazione e controllo, in termini di efficienza ed efficacia.

La valutazione del personale, attualmente sancita dai contratti di lavoro (per il personale del comparto art. 35 CCNL '97/2001), può essere

posta su due piani:

- il piano della valutazione dei risultati ed il loro grado di raggiungimento degli obiettivi
- la valutazione delle capacità e delle competenze richieste rispetto alla specifica posizione ricoperta.

Per poter effettuare una valutazione che non sia vissuta dal singolo dipendente come demotivante o frustrante, è necessario porre in essere meccanismi chiari, predefiniti ed oggettivi: il giudizio sulla performance deve diventare momento di crescita individuale e di gruppo.

Durante l'inserimento il professionista deve aver chiaro il suo ruolo, le aspettative che il gruppo ha nei suoi confronti e gli steps formativi che deve acquisire: solo attraverso questa trasparenza si potrà effettuare una valutazione imparziale.

Questo processo decisionale deve essere inserito in un contesto di "direzione per obiettivi": sistema di direzione che sviluppa la responsabilità degli operatori e li spinge nella stessa direzione attraverso lo sforzo comune ed il lavoro di gruppo. Questo sistema deve garantire l'integrazione tra obiettivi individuali, di unità operativa ed aziendali e deve essere supportato da un sistema di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi esplicitati [Drucker PF, *The Practice of Management*, Harper & Row, New York 1954].

L'applicazione del "modello direzionale per obiettivi" presuppone l'abbandono dello stile di direzione per compiti.

Il "modello direzionale per compiti" ha alcune caratteristiche peculiari:

- al personale viene richiesta un'aderenza operativa ai compiti decisi dalla direzione e di conseguenza viene favorita la specializzazione per compiti dell'operatore
- i compiti e gli atti dell'attività lavorativa vengono vissuti come obiettivi e non come strumenti di raggiungimento
- l'integrazione fra le singole figure professionali è demandata alla direzione dell'unità operativa e conseguentemente alla direzione strategica (la gerarchia diventa uno strumento d'integrazione)
- la cultura lavorativa è prevalentemente esecutiva.

Il "modello direzionale per obiettivi" è invece caratterizzato dai seguenti elementi:

- la gestione delle risorse umane deve essere orientata a chiare finalità
- i compiti servono per raggiungere gli obiettivi: il compito diviene una variabile dipendente dagli obiettivi e come tale elastica
- l'integrazione fra i diversi compiti ed atti è distribuita a tutti coloro che sono coinvolti nella definizione degli obiettivi
- la cultura prevalente è manageriale e la responsabilità della gestione è diffusa
- per quel che riguarda la valutazione, dal controllo sugli atti/compiti, si passa al controllo dei risultati, enfatizzando la misurazione/valutazione dei risultati rispetto a quella dei comportamenti.

Per applicare un modello direzionale per obiettivi si dovrà modificare o impostare l'as-

setto organizzativo e la sua sottostante ideologia gestionale, per introdurre attività e capacità programmatiche, che riconoscano l'importanza di ragionare in termini storici, vedendo il proprio operare presente in funzione dello studio del passato e nell'ottica del raggiungimento futuro degli obiettivi [Ambrosio G., Bandini F. *Gestione d'impresa*, Etaslibri, Milano 1998].

In questa ottica, l'attività di programmazione è imprescindibile da quella di controllo (management control).

All'interno del controllo si individuano tre processi gestionali:

- la pianificazione strategica
- il controllo direzionale
- il controllo operativo

Per pianificazione strategica s'intende il processo decisionale sulla definizione degli obiettivi del sistema, sulle politiche per l'acquisizione, l'allocazione e l'utilizzazione delle risorse.

Il controllo direzionale è inteso come processo mediante il quale si coordinano efficacemente ed efficientemente le risorse acquisite per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti. È un processo che considera la complessità dovuta allo sviluppo scientifico, tecnologico, professionale, sociale alla quantità e qualità di risorse disponibili e alla difficoltà di valutare le prestazioni erogate agli utenti.

Gli obiettivi sono **di funzionamento organizzativo e assistenziali**.

Gli obiettivi di funzionamento sono la traduzione delle politiche generali del sistema e riguardano l'unità operativa:

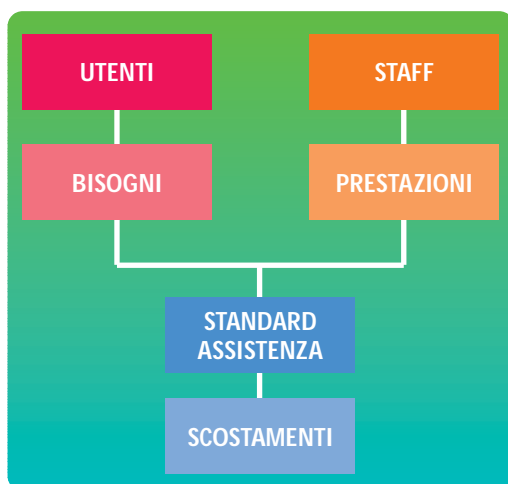
- specializzazione e dimensione del servizio
- costi di acquisizione e combinazione dei fattori produttivi
- costi di erogazione dei servizi
- tassi di rendimento delle apparecchiature
- costi di giornate di degenza, interventi,...

Negli obiettivi di funzionamento si richiede una previsione della domanda, delle professionalità deputate all'offerta, degli adeguamenti gestionali ed organizzativi alle evoluzioni di mercato.

Gli obiettivi assistenziali valutano prioritariamente i processi tecnico-specialistici, le competenze professionali atti ad individuare e rispondere ai bisogni dell'utente. Per questo è necessario determinare dei livelli minimi di accettabilità (standard) al di sotto dei quali l'assistenza è considerata a rischio o priva di sicurezza.

Il controllo operativo è il processo attraverso cui si garantisce il corretto svolgimento di specifici compiti, utilizzando le risorse date.

FASI DEL PROCESSO DI CONTROLLO



MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

Nel controllo operativo può essere di aiuto l'elaborazione di una griglia nella quale vengono schematicamente riportate le azioni e le relative responsabilità. Questa griglia prende il nome di matrice delle responsabilità, nella quale viene evidenziato che per ciascuna azione gli operatori possono cooperare (C) o essere direttamente responsabili (R) di quanto indicato. Si tratta di uno strumento che può essere utile per la definizione e la attribuzione delle responsabilità, strumento di rilevante importanza non solo dal punto di vista gestionale, ma anche da quello inerente la motivazione del personale [Wright K.B. *A description of the gastroenterology nurse endoscopist role in the United States. Gastroenterol. Nurs.* 2000; 23, 2: 78-92].

Nella TABELLA 1 viene riportato un esempio di matrice delle responsabilità relativa all'accoglienza del paziente, che ovviamente non vuole essere esaustivo, ma che deve essere adattato alle esigenze delle specifiche realtà operative nel quale il Servizio di Endoscopia digestiva si trova ad operare.

LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DI UN PIANO DI LAVORO

Lo strumento operativo utilizzabile in un sistema di direzione per obiettivi è il piano di lavoro; di seguito vengono riportate schematicamente le linee guida per la sua predisposizione.

1. Rilevazione/determinazione delle prestazioni e dei volumi di attività e eventuale tendenza quantitativa della domanda.
2. Determinazione degli obiettivi (generali e parziali) che devono essere operativi, monitorabili nel tempo e verificabili.
3. Definizione delle azioni tese al raggiungimento degli obiettivi per permettere di distribuire il lavoro ed individuare le priorità.
4. Individuazione delle condizioni organizzative per la realizzazione delle azioni (umane, economiche, temporali).
5. Determinazione degli indicatori di risultato (n° prestazioni erogate, tempi di attesa).

TAB. 1: ESEMPIO DI MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

RIFERIMENTO ATTIVITÀ	MEDICO	INFERMIERE	SECRETARIA
Fornire informazioni	R	C	C
Prenotare			R
Identificare il paziente	C	R	
Verificare la richiesta	R	C	C
Valutare il paziente	R	C	
Ottenere il consenso	R		

TRICKS OF THE TRADE

- Tener monitorati i tempi di attesa ed il numero di prestazioni erogate.
- Predisporre un piano di lavoro settimanale che permetta l'esclusione sistematica di un numero di operatori tale da consentire di usufruire dei riposi e ferie come da vincoli contrattuali.
- Definire una griglia di lavoro relativamente flessibile, per poter adeguare l'offerta del servizio alla domanda dell'utenza (operazione fortemente influenzata dalla tipologia di accesso alla prestazione).
- In congruità al piano di lavoro, stilare un piano delle attività per ogni singola figura professionale.
- Il piano delle attività deve essere definito attraverso l'utilizzo delle matrici delle responsabilità:
 - su ogni tipologia di prestazione
 - giornaliero
 - settimanale
 - mensile
- Attribuire deleghe di responsabilità sulle attività trasversali (manutenzione attrezzature, approvvigionamenti,...), stilate formalmente, ove il dipendente appone la firma a fronte di check list inerenti sia i materiali, sia sequenze di azioni.

L'ORGANIGRAMMA IDEALE

L'organigramma necessario per un buon funzionamento di una Unità di Endoscopia digestiva è stato delineato dalle Società scientifiche, che si sono fatte carico del problema per fornire elementi di riferimento agli amministratori e ai dirigenti. Il lettore potrà notare che in generale le Società scientifiche tendono a sovrastimare le dotazioni organiche.

Secondo la Società britannica di Gastroenterologia un Servizio di endoscopia di un ospedale con una popolazione afferente di 250.000 abi-

tanti, che effettui sei sedute settimanali di endoscopie sulle prime vie digestive (6 - 10 pazienti per seduta), quattro sedute settimanali di endoscopie sulle vie digestive inferiori (4 - 5 pancolonscopie e 6 - 10 sigmoidoscopie per seduta), una o due sessioni per l'amministrazione, l'audit, e i meetings necessita di tre o più medici consulenti (medici, chirurghi e forse un radiologo).

Per quanto riguarda gli infermieri sono necessari cinque infermieri esperti in due sale, per cui dovrebbero essere disponibili almeno sei operatori per permettere ad uno di assentarsi a turno per ferie, malattia, studio ecc..

Se l'Unità effettua anche endoscopie d'emergenza o le ERCP è indispensabile la disponibilità di ulteriore personale. Infine viene prevista anche la assunzione di una caposala. Per un servizio di endoscopia che effettui dieci sessioni di indagini di routine in una sola sala devono essere previsti una caposala, un senior staff nurse e quattro infermieri. Unità di endoscopia più grandi o che eseguono anche ERCP necessitano di ulteriore personale con adeguato training. Personale tecnico non infermieristico e amministrativo viene inoltre considerato indispensabile [Gut 1991; 32: 95-105].

La Società tedesca di Gastroenterologia ha calcolato il numero di operatori medici e infermieristici necessari, ipotizzando che il tempo impiegato per un esame endoscopico è in media di 42 minuti per un medico e di 68 minuti per un infermiere, impiegati per otto ore al giorno esclusivamente nel Servizio di endoscopia. Sulla base di 260 giornate lavorative per anno, sottraendo il tempo per le festività pubbliche, le ferie, le assenze per congressi o malattia, l'aspettativa per le gravidanze e l'allattamento, ecc. la Società ha calcolato che un medico può effettuare 1035 esami per anno e un infermiere 884.

Negli ospedali universitari un numero maggiore di medici lavora esclusivamente nel Servizio di endoscopia, mentre negli altri ospedali la maggioranza dei medici è contemporaneamente impegnato anche in altre attività. Questo spiega il fatto che di fronte ad un numero abbastanza simile di endoscopie eseguite per anno, e con una percentuale maggiore di esami operativi, il numero di medici richiesti è minore rispetto agli ospedali generali. Le richieste di personale infermieristico sono, invece, abbastanza simili negli ospedali universitari o specializzati, mentre la differenza tra disponibili e richiesti è maggiore negli ospedali più piccoli.

Per quanto riguarda esperienze statunitensi, dati interessanti sono riportati da M.V. Sivak [Gastroenterologic Endoscopy, Ed. Saunders, 1987],

che suggerisce, per un'unità endoscopica di un certo rilievo (che esegua da 6.000 ad 8.000 esami all'anno) il seguente staff: 45 equivalenti di endoscopisti a tempo pieno (calcolo effettuato considerando il contributo a tempo definito di membri dello staff gastroenterologico che eseguono altre attività, che rappresentano la maggioranza); 7 infermieri (fra cui una responsabile), 5 segretarie con diversi compiti (ricevimento, appuntamenti, etc.).

Le società scientifiche italiane che si interessano di Malattie Digestive (AIGO-SIED-SIGE) hanno preparato un documento comune nel quale, fra altri aspetti, vengono suggeriti standard di personale medico ed infermieristico. In questo documento è stato indicato un fabbisogno di tre medici e di sei infermieri per un volume di attività endoscopica di circa 3.500 esami annui. Questi parametri vanno aumentati laddove esista la necessità di garantire una pronta disponibilità per l'emergenza (minimo 5 medici) o quando venga svolta una importante attività di endoscopia terapeutica. Al personale medico ed infermieristico va ag-

giunto personale ausiliario e di segreteria, in proporzione all'attività svolta.

La realtà italiana, come si evince dai dati dei censimenti nazionali condotti nel 1998 e nel 2001, purtroppo è ben lontana dagli standard proposti dalle Società scientifiche, sia per quanto riguarda il personale medico che di supporto [Ricci E., Cosentino F., De Masi E. *Censimento nazionale SIED dei centri di endoscopia digestiva. Edizione Area Qualità, Milano 2000; Censimento nazionale SIED 2001 dei centri di endoscopia digestiva e di gastroenterologia a cura del segretario generale SIED. All. redazionale al Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva vol.25 n° 2, 2002*].

I dati di riferimento sono riportati nella TABELLA 2. Dal confronto dei dati rilevati a distanza di soli tre anni (1998 e 2001) si può inoltre ricavare una ulteriore informazione: il numero dei medici e degli infermieri esclusivamente o parzialmente addetti all'attività endoscopica si è progressivamente ridotto, a fronte di una produttività che è anch'essa aumentata. È difficile interpretare con sicurezza questi dati, anche se l'ipotesi più probabile può essere legata alla diffusa esasperazione dell'efficienza largamente imposta dai nostri amministratori.

**TAB. 2: PERSONALE ADDETTO ALL'ATTIVITÀ ENDOSCOPICA
DAI CENSIMENTI SIED 1998 E 2001**

PERSONALE	Censimento SIED	
	Anno 1998	Anno 2001
Medici esclusivamente addetti all'endoscopia	2,4	1,07
Medici parzialmente addetti all'endoscopia	2,6	2,14
Infermieri esclusivamente addetti all'endoscopia	3	2,33
Infermieri parzialmente addetti all'endoscopia	2,1	1,23
Ausiliari	0,95	0,59
Amministrativi	0,64	0,26
N. di Centri che dispongono di una caposala	2 %	33 %

SINTESI DELLE RESPONSABILITÀ

Primario

Il Primario del Servizio di E.D. è responsabile di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge
- determinare gli obiettivi e lo sviluppo di strategie con modelli organizzativi e strumenti di integrazione
- divulgare ed aggiornare gli obiettivi del Servizio di E.D.
- definire la struttura organizzativa e le relative responsabilità dell'Unità operativa in funzione delle risorse disponibili e degli indirizzi dell'Azienda
- definire gli standard di assistenza, programmazione, erogazione e valutazione dell'attività endoscopica
- pianificare il fabbisogno del personale nelle diverse qualifiche
- definire l'inserimento dei nuovi assunti
- pianificare, definire, progettare ed attuare la formazione e l'aggiornamento del personale
- promuovere iniziative di ricerca e di sviluppo del Servizio
- gestire le risorse del Servizio
- attribuire responsabilità specifiche e verificarne l'adempimento da parte degli operatori
- ottemperare alle responsabilità attribuite nelle specifiche procedure

Caposala

La Caposala del Servizio di E.D. è responsabile di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge
- gestire i turni
- intervenire per difficoltà relazionali
- mantenere i rapporti con gli uffici e i servizi aziendali
- collaborare con il Primario per la definizione, divulgazione e raggiungimento degli obiettivi dell'Unità operativa
- ottemperare alle responsabilità attribuite nelle specifiche procedure

Medici

I Medici del Servizio di E.D. sono responsabili di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge
- svolgere attività assistenziale
- curare il proprio aggiornamento in sintonia col piano di formazione dell'Unità Operativa
- refertare gli esami eseguiti
- registrare le non conformità
- ottemperare alle responsabilità speciali loro attribuite dal Primario
- soprintendere al lavoro degli I.P. e Segretaria
- gestire le non conformità
- ottemperare alle responsabilità attribuite nelle specifiche procedure

Infermieri professionali

Gli Infermieri professionali del Servizio di E.D. sono responsabili di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge
- svolgere attività assistenziale
- curare il proprio aggiornamento in sintonia col piano di formazione dell'Unità Operativa
- registrare le non conformità
- ottemperare alle responsabilità speciali loro attribuite dalla Caposala
- soprintendere al lavoro degli O.T.A.
- coadiuvare i Medici
- ottemperare alle responsabilità attribuite nelle specifiche procedure

Operatori Tecnici Assistenziali (O.T.A.)

Gli Operatori Tecnico Assistenziali del Servizio di E.D. sono responsabili di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge
- svolgere la propria attività di assistenza all'operato degli Infermieri professionali e dei Medici
- ottemperare alle responsabilità attribuite nelle specifiche procedure

Segretaria

La Segretaria del Servizio di E.D. è responsabile di:

- ottemperare alle responsabilità professionali di legge
- gestire gli appuntamenti degli esami endoscopici
- archiviare e gestire i documenti dell'Unità Operativa
- inviare la corrispondenza agli uffici aziendali di competenza
- ottemperare alle responsabilità attribuite nelle specifiche procedure

LA REALIZZAZIONE DI QUESTO PROGETTO EDUCAZIONALE È RESA POSSIBILE GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

