

GESTIRE LA SALUTE

**Materiali
per la formazione
manageriale**

a cura di

Alessandro Colombo

premessa di

Giovanna Beretta e Fulvio Matone

prefazione di

Domenico Mantoan

Il presente volume è stato concepito e realizzato nell'ambito delle attività e dei corsi di formazione manageriali erogati da PoliS-Lombardia attraverso l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo. Gli autori dei capitoli sono stati coinvolti per svolgere attività relativa alla formazione e lezioni d'aula e, a partire da questa esperienza, hanno accettato di redigere un testo che potesse riprendere e mettere a disposizione per la formazione i contenuti trattati.

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

©2022 Edizioni Angelo Guerini e Associati Srl

via Comelico, 3 – 20135 Milano

<http://www.guerini.it>

e-mail: info@guerini.it

Prima edizione: aprile 2022

Ristampa: V IV III II 2023 2024 2025 2026 2027

Copertina di Donatella D'Angelo

Printed in Italy

ISBN 978-88-6250-855-1

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.



Gestire la salute

Materiali per la formazione manageriale

a cura di
Alessandro Colombo

premessa di **Giovanna Beretta e Fulvio Matone**
prefazione di **Domenico Mantoan**



GUERINI
E ASSOCIATI

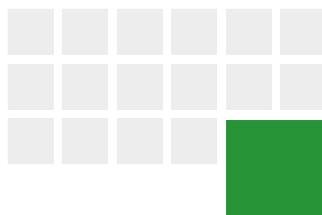
Indice

- 9 – **Premessa** di Giovanna Beretta e Fulvio Matone
- 11 – **Prefazione** di Domenico Mantoan
- 15 – **Introduzione** di Alessandro Colombo
- 19 – **FORMAZIONE MANAGERIALE**
- 21 – **1. La solita vecchia storia? Cosa insegna la storia della sanità al management sanitario**
di Alessandro Porro
 - 21 – 1.1 Un rapporto antico, quindi moderno
 - 22 – 1.2 Problemi da affrontare
 - 22 – 1.3 Esempi da proporre o da seguire?
 - 23 – 1.4 Soldi, soldi, soldi!
 - 24 – 1.5 Vivere per capire, gestire perché si vive
 - 25 – 1.6 Perdoni, questue e beneficenza
 - 26 – 1.7 La tela dei fili di ragno
 - 27 – 1.8 Polizia, polizey
 - 28 – 1.9 Lombardia, terra di riforme: il periodo teresiano-giuseppino
 - 29 – 1.10 Johann Peter Frank e le riforme
 - 29 – 1.11 Normare e regolare la sanità: il lavoro di Frank
 - 29 – 1.12 L'inchiesta ospedaliera di Frank
 - 34 – 1.13 L'inchiesta sulla sanità territoriale di Frank
 - 35 – 1.14 Razionale e pratici riscontri
 - 36 – 1.15 Il Piano di Regolamento del Direttorio Medico-Chirurgico di Pavia
 - 36 – 1.16 Uomini e bestie
 - 38 – 1.17 Vengo anch'io? No, tu no!
 - 40 – 1.18 Scarpe grosse e cervello fino
 - 41 – 1.19 Tutto cambia, niente cambia
 - 43 – 1.20 Oltre le montagne
- 49 – **2. La formazione manageriale socio-sanitaria obbligatoria: storia e questioni dell'esperienza lombarda**
di Andrea Cerana e Danila Lazzarini
 - 49 – 2.1 Il governo multilivello della formazione manageriale
 - 50 – 2.2 La disciplina nazionale
 - 55 – 2.3 Gli Accordi Stato-Regioni
 - 57 – 2.4 La disciplina lombarda
 - 64 – 2.5 Alcune questioni
- 69 – **3. Perché formarsi: note sul fabbisogno**
di Paride Fusaro
 - 69 – 3.1 Fare il manager: significato, prassi, conoscenze e competenze
 - 70 – 3.2 Conoscenze e competenze, le proposte di NHS e HLA
 - 72 – 3.3 Conoscenze e competenze in Accademia, il caso delle Direzioni strategiche
- 79 – **4. Un'esperienza di formazione: e-learning in ARPA Lombardia**
di Tommaso Russo
 - 79 – 4.1 Introduzione e contesto
 - 80 – 4.2 Il caso di ARPA Lombardia, proposte e prospettive di sviluppo
 - 85 – 4.3 Learning management systems e MOOCs
- 89 – **PROGRAMMAZIONE E SISTEMA**
- 91 – **5. Programmazione sanitaria: DM 70/2015 e atti di programmazione regionale**
di Aida Andreassi

91 –	5.1 Livello nazionale e livello regionale nella programmazione sanitaria
93 –	5.2 L'organizzazione della rete ospedaliera
97 –	5.3 La riorganizzazione delle reti durante l'emergenza Covid-19
98 –	5.4 Gli ospedali di comunità
99 –	5.5 Vecchie e nuove esigenze
100 –	5.6 Quale futuro per il DM 70/2015
105 –	6. Il Servizio sanitario nazionale e l'università di Loredana Luzzi
105 –	6.1 La storia
108 –	6.2 L'assetto istituzionale dagli anni Novanta a oggi
111 –	6.3 Il sistema dei rapporti SSN-UNI in Regione Lombardia
117 –	7. I medici di assistenza primaria: manager senza direzione di Vittorio Mapelli
117 –	7.1 Introduzione
118 –	7.2 Il groviglio dell'assistenza distrettuale
121 –	7.3 L'evoluzione della medicina di base
124 –	7.4 Conclusioni e proposte
133 –	8. La medicina generale di Ovidio Brignoli, Cesare Liberali, Alessandro Rubino
133 –	8.1 Cenni storici
134 –	8.2 Inquadramento contrattuale e ACN (Accordo Collettivo Nazionale)
136 –	8.3 Aspetti gestionali e cooperative
138 –	8.4 Demografia della popolazione assistita e aspetti gestionali
143 –	9. La medicina generale in Europa: tra dibattiti antichi e innovazioni organizzative di Lucia Ferrara e Angelica Zazzera
143 –	9.1 Medicina generale e aziende sanitarie: un ruolo in trasformazione
145 –	9.2 L'Olanda: i care group e i modelli di finanziamento <i>bundled</i>
147 –	9.3 Il Sistema sanitario nazionale – l'esperienza dell'NHS England
149 –	9.4 Italia, Olanda e Inghilterra: esperienze a confronto
153 –	ORGANIZZAZIONE
155 –	10. La Gestione Operativa di Michele Torresani, Magda Giulia Santini, Elisabetta Mancini
155 –	10.1 Introduzione alla Gestione Operativa
158 –	10.2 L'introduzione della Gestione Operativa nella sanità italiana
159 –	10.3 Esempi di applicazione della Gestione Operativa in ospedale
161 –	10.4 Fattori di successo della Gestione Operativa
169 –	11. I sistemi informativi aziendali di Cristiano Marchetti
169 –	11.1 Nascita ed evoluzione dei sistemi informativi aziendali
176 –	11.2 I sistemi informativi sanitari
190 –	11.3 Le funzioni del sistema informativo
198 –	11.4 (Ri)pensare i sistemi informativi
205 –	12. Gestire una crisi in sanità, senza andare in crisi di Lino Grossano
205 –	12.1 Introduzione alla crisi
206 –	12.2 Gli strumenti da avere sempre con sé

217	–	PERSONALE
219	–	13. Le relazioni sindacali e il nuovo sistema degli incarichi dirigenziali e le altre principali novità del CCNL 19 dicembre 2019 di Giuseppe Micale
219	–	13.1 Il nuovo Contratto collettivo della dirigenza sanitaria
223	–	13.2 Le relazioni sindacali – art. 3
232	–	13.3 Il sistema degli incarichi dirigenziali [artt. 17-23 CCNL 19 dicembre 2019]
251	–	14. La dirigenza pubblica e la valutazione nel Servizio sanitario nazionale di Giuseppe Micale
251	–	14.1 Il dirigente pubblico: evoluzione e ruolo dal conferimento dell'incarico alla valutazione
255	–	14.2 La valutazione del direttore generale in Lombardia
256	–	14.3 Ciclo della performance ed evoluzione della Legge Brunetta nel decreto delegato 74/2017 della riforma Madia
260	–	14.4 La valutazione del dirigente sanitario nel CCNL dell'area sanità del 19 dicembre 2019
261	–	14.5 Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti
264	–	14.6 La nuova maggiorazione della retribuzione di risultato ai sensi dell'art. 93, commi 7, 8 e 9 del CCNL 19 dicembre 2019
265	–	14.7 Conclusioni
269	–	15. Le politiche di people strategy in sanità: sistemi di valutazione della performance dei dirigenti di Cristina Filannino
269	–	15.1 Le politiche di people strategy nelle organizzazioni sanitarie
280	–	15.2 I sistemi di valutazione del personale dirigente nelle aziende ospedaliere
307	–	16. La gestione dei conflitti nei gruppi di lavoro di Claudia Borreani
307	–	16.1 Il gruppo di lavoro
308	–	16.2 Il conflitto
308	–	16.3 Il conflitto nei gruppi di lavoro
309	–	16.4 La comunicazione nei gruppi di lavoro
309	–	16.5 L'analisi del conflitto
310	–	16.6 La consapevolezza
311	–	16.7 La gestione del conflitto
311	–	16.8 La mancata gestione del conflitto
311	–	16.9 I benefici del conflitto
315	–	17. Relazioni di aiuto e burnout: caratteristiche, rischi e benefici di Laura Gangeri
315	–	17.1 Definizione di relazione di aiuto
316	–	17.2 I lavoratori di aiuto e lo stress lavorativo
316	–	17.3 La relazione di aiuto come fattore di rischio
318	–	17.4 Burn out, un «fenomeno occupazionale»
319	–	17.5 Fattori di protezione
323	–	CONTABILITÀ E CONTROLLO
325	–	18. Elementi caratterizzanti del bilancio di esercizio di Gaia Bassani
325	–	18.1 La contabilità economico-patrimoniale e i pilastri normativi
326	–	18.2 Dalle operazioni di gestione al bilancio d'esercizio
328	–	18.3 Il bilancio delle aziende sanitarie pubbliche
337	–	19. Elementi di bilancio: gli strumenti gestionali di approfondimento di Paolo Giuseppe Cogliati
337	–	19.1 Premessa

338 –	19.2 La contabilità analitica
341 –	19.3 Tipologie di contabilità analitica
342 –	19.4 Classificazione di costo
343 –	19.5 Il sistema di budgeting
345 –	19.6 Analisi per indici
349 –	19.7 Break even analysis
351 –	19.8 Reporting
355 –	20. Il controllo di gestione tra mito e realtà di Giacomo Boscagli
355 –	20.1 Il controllo di gestione delle aziende sanitarie
358 –	20.2 Strumenti e oggetti del controllo
361 –	20.3 Dall'analisi all'orientamento dei comportamenti: il sistema di budget
367 –	Risposte ai quiz di ripasso
373 –	Autori



Premessa

L'accompagnamento all'implementazione e alla valutazione delle politiche regionali al centro della mission di PoliS-Lombardia trova nella formazione uno strumento di grande efficacia. La sua capacità di affiancare i professionisti nelle loro responsabilità, offrendo uno spazio di aggiornamento sulle novità dei sistemi regionale, nazionale e internazionale, è infatti un valore aggiunto imprescindibile nell'ambito del supporto all'implementazione ed è altresì strumento prezioso per raccogliere elementi utili alla valutazione. Al contempo, lo spazio della formazione organizzata e messa «in aula» con una significativa prossimità rispetto ai decisori regionali è occasione per un dialogo continuo e a più livelli utile in un orizzonte programmatico.

È con questi obiettivi che l'attività formativa viene programmata, organizzata e implementata da PoliS-Lombardia. Nella consapevolezza che l'aggiornamento sui contenuti e le relazioni che si creano in occasione dei momenti formativi sono un valore aggiunto per la comunità e il sistema regionale, con i quali, per il tramite della formazione, i professionisti hanno l'occasione di avviare un dialogo continuativo utile per accrescere la qualità e la sostenibilità del sistema nel suo complesso.

Si tratta di un obiettivo imprescindibile, che PoliS-Lombardia interpreta con una continua attenzione al quadro internazionale; ne è prova l'utilizzo e la diffusione dell'Agenda ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile, e al necessario e costante impegno affinché le migliori occasioni di innovazione abbiano una concreta ricaduta nell'accompagnamento all'implementazione e alla valutazione delle politiche regionali anche per il tramite della formazione. Uno strumento che trova un'ampia declinazione in relazione alle attività svolte da PoliS-Lombardia nell'ambito dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo. Tali attività, infatti, rappresentano una grande possibilità per il sistema sociosanitario e per lo sviluppo e la qualificazione delle competenze di chi vi opera. Per questo motivo abbiamo sempre ritenuto di proporre iniziative e percorsi non esclusivamente orientati all'assolvi-

mento di obblighi o al conseguimento di certificazioni, ma piuttosto tesi ad accompagnare il necessario cambiamento all'interno di un contesto che, a maggior ragione possiamo dirlo oggi, non sarà mai più come prima.

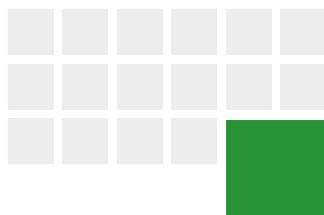
Se è certamente innegabile che il clima protetto della formazione – nel quale agire e interagire al di là dei ruoli che si ricoprono come professionisti, per poi riportare nella professione quanto acquisito nei momenti formativi – non è replicabile fuori dall'aula, è altrettanto vero che tutti – docenti, discenti e ogni soggetto che guardi con interesse alle attività formative in sanità – devono poter beneficiare di un primo tentativo di sistematizzare nella nobile forma del libro alcuni materiali relativi alla formazione. In particolare, alla formazione manageriale per i servizi sociosanitari.

Questo volume, insieme ad altri, vuole dunque essere un contributo teso a sistematizzare, in un'unica sede, alcuni contenuti al centro delle proposte formative sviluppate in questi anni, nell'ottica di accompagnare chi opera nel sistema sociosanitario lombardo, chi è interessato a entrarvi e chi è chiamato a formare le professionalità future a confrontarsi con un'esperienza ormai consolidata.

Siamo particolarmente grati a chi ci ha accompagnato in questi anni, difficili e appassionanti, e a chi ha voluto intraprendere questo percorso di costruzione di un testo qualificato insieme a noi.

Come ogni testo per la didattica, anche quello qui proposto è un primo tentativo di sistematizzazione che potrà essere integrato e aggiornato. Come ogni tentativo, però, c'è e costituirà senza dubbio un utile strumento di supporto al percorso dei discenti nell'apprestarsi all'impegnativo ed entusiasmante compito di *Gestire la salute*.

*Giovanna Beretta e Fulvio Matone
Coordinatrice Comitato di indirizzo e
Direttore Generale di PoliS-Lombardia*



Prefazione

Ho accettato di buon grado la richiesta di redigere una prefazione a questo pregevole volume, oltre che per il suo evidente valore tecnico scientifico, perché mi offre lo spunto per alcune riflessioni sul perché vi sia l'esigenza di «gestire la salute» e sul perché questa gestione rappresenti una sfida di elevatissima complessità. Ritengo che le ragioni di tale complessità non risiedono soltanto nella dimensione della materia, che spazia dall'ambito della prevenzione a quello della formazione dei professionisti della salute, dall'educazione sanitaria della popolazione sino allo sviluppo di farmaci e tecnologie innovative. Come in altri settori a elevato contenuto tecnologico, la ragione principale della difficoltà gestionale risiede nella finitezza delle risorse disponibili. Nei paesi dotati di servizi sanitari nazionali generalisti, fra cui l'Italia rappresenta indiscutibilmente un modello di riferimento, la complessità e la conseguente difficoltà gestionale risultano ulteriormente accresciute dall'atipicità della relazione commerciale che regola il sistema. Nel mondo della vendita di servizi alla persona, infatti, come nei servizi sanitari privati, la relazione commerciale ha due attori: l'acquirente e il prestatore del servizio. In questa relazione il primo soggetto controbilancia il potere taumaturgico del secondo con il potere contrattuale connesso al pagamento della prestazione. Nel caso dei servizi sanitari pubblici gli attori diventano tre: l'acquirente, il prestatore del servizio e il finanziatore della prestazione, con la conseguente impossibilità di trasferire a questo settore, senza specifici adattamenti, le tecniche gestionali sviluppate nel settore della vendita di servizi alla persona. Il «committente», cioè il destinatario del servizio rappresentato dalla prestazione sanitaria, non è assimilabile a un acquirente perché si trova in una condizione di restrizione della propria libertà decisionale: in quanto è un «paziente» (dal latino *patiens*, il participio presente del verbo *pati*, cioè «sofferente») e soprattutto perché non esercita direttamente il potere contrattuale residente nella capacità di remunerare il prestatore del servizio di cui necessita. Il suo potere contrattuale è infatti indiretto essendo mediato attraverso la sua partecipazione alla fiscalità generale. Ciò comporta che la relazione di cura sia

sbilanciata perché il personale sanitario «prestatore del servizio» non ne ha la percezione diretta. I sanitari invece percepiscono direttamente il ruolo del terzo soggetto di questa relazione, deputato al «finanziamento» della stessa, che è rappresentato dalla complessa organizzazione degli organi di governo del sistema sanitario, dalle autorità regolatorie ai centri di spesa regionali, sino all'amministrazione delle singole aziende sanitarie. In conseguenza di questa atipicità di relazione il paziente generalmente non ha alcuna percezione delle implicazioni economiche connesse alla propria istanza di salute, il sanitario privilegia l'aspetto dell'efficacia della cura e vive con frustrazione le esigenze di efficientamento dell'organizzazione, l'amministratore al contrario ha come priorità il risultato gestionale, e tende a subordinare a quest'ultimo il risultato «terapeutico».

Tutti coloro che hanno vissuto un'esperienza «sanitaria», sia che si siano trovati dalla parte degli utenti sia che fossero operatori o gestori del sistema, hanno potuto sperimentare direttamente le conseguenze della diversa angolazione da cui hanno osservato la relazione. È quindi evidente la necessità che ognuna delle parti in causa, oltre ad assumere la consapevolezza del «bias cognitivo» insito nella propria posizione, adotti un approccio in grado di mitigarne le conseguenze. Sono del parere che lo strumento migliore sia avere un approccio etico, che ponga in primo piano non solo il rispetto per la dignità della persona malata, ma anche l'interesse economico della collettività alla salvaguardia della salute individuale. Le tecniche di «gestione della salute» non dovrebbero mai perdere di vista l'obiettivo primario: fare più che si può per tutti coloro che hanno realmente bisogno con le risorse a disposizione. Le «economie» derivanti dall'efficientamento dovrebbero sempre equivalere alla liberazione di risorse da riallocare per il miglioramento dei servizi offerti.

Ciò si concretizza a livello delle autorità regolatorie con l'adozione di decisioni di indirizzo basate su solide evidenze di sicurezza, efficacia, e semplicità di realizzazione. A livello operativo tutte le direzioni del governo clinico dovrebbero sempre procedere con le metodologie proprie della valutazione delle tecnologie sanitarie (technology assessment¹) sia nelle decisioni di adozione di nuove procedure/tecnologie sia nelle decisioni di radiazione di procedure/tecnologie già in uso. Gli operatori sanitari devono essere e sentirsi protagonisti di tale metodologia di lavoro, nella consapevolezza etica che tale mentalità gli consentirà di fare di più e meglio per i propri pazienti e di vivere meglio il proprio ambiente di lavoro.

Secondo Todd Ponsky, la medicina accademica sta sperimentando un incremento esponenziale di pubblicazioni. Negli anni Cinquanta la letteratura raddoppiava ogni 50 anni, oggi il numero di pubblicazioni scientifiche disponibili raddoppia ogni 73 giorni (quindi quasi di 60 volte in un decennio), attestandosi attualmente sui circa 2,5 milioni di nuovi contenuti l'anno. Questa velocità di accrescimento comporta dei problemi nuovi: per gli operatori quello di come riuscire a rimanere aggiornati, per le autorità regolatorie quello di comprendere l'evoluzione per tracciare le linee di indirizzo necessarie a trasferire le nuove conoscenze nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari. Quindi comprendere e gestire il nuovo è

¹ Banta D. (2009), «What is technology assessment?», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, luglio, 25, Suppl. 1, pp. 7-9, doi: 10.1017/S0266462309090333. Epub 2009 Jun 12.

«il problema» che fa diventare irrinunciabile l'adozione a ogni livello di procedure decisionali basate sul technology assessment.

È in questa dimensione che nei prossimi mesi si dovrà affrontare l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Gli ingenti investimenti da effettuare dovranno essere orientati all'ammodernamento e al potenziamento equilibrato di tutte le componenti del sistema: infrastrutture, info-strutture, tecnologie mediche senza mai perdere di vista l'esigenza di promuovere di pari passo le professionalità coinvolte. Queste saranno infatti le attrici del cambiamento, di cui occorrerà curare la formazione e i fabbisogni, a partire dalle carenze attualmente individuate nelle caratteristiche dei servizi, nei processi e nelle competenze tecnico-specialistiche necessarie (per esempio in campo manageriale, in ambito di gestione delle strutture intermedie e territoriali, nell'area digitale ecc). Per questo la Missione 6, dedicata alla Salute, si articola in due componenti principali. In primo luogo, il potenziamento dell'assistenza territoriale, che prevede anche una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali, da realizzarsi attraverso:

- la creazione di nuove strutture (come le Centrali operative territoriali, le Case della comunità e gli ospedali di comunità);
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare;
- lo sviluppo della telemedicina.

In secondo luogo, la digitalizzazione, attraverso il rafforzamento del capitale umano del SSN mediante la formazione e la ricerca. Questi investimenti si prefiggono l'ambizioso obiettivo di risolvere le principali criticità del nostro sistema sanitario:

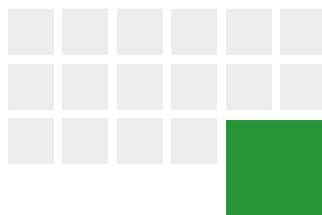
- le significative disomogeneità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- l'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- i tempi di attesa ancora elevati per l'erogazione di alcune prestazioni.

Il modello di governance per l'attuazione del PNRR nell'ambito del Servizio sanitario nazionale dovrà tenere conto di due fattori cruciali. Il primo riguarda il forte decentramento che vede protagoniste le Regioni con il sistema delle aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale (SSR). Il secondo fattore è il tempo: il finanziamento europeo, infatti, impone un orizzonte temporale breve, i fondi dovranno essere spesi entro 5 anni. Questo termine appare ancora più breve ove si consideri l'entità straordinaria delle risorse finanziarie da impegnare. La capacità di operare rapidamente e in piena efficienza dipenderà completamente da una progettazione esecutiva efficace per ogni singolo intervento, in modo da consentirne la finalizzazione tempestiva anche alle aziende sanitarie locali operanti nei contesti regionali più deboli.

Ritengo che le perplessità che da più parti vengono espresse sulle nuove linee di indirizzo del Servizio sanitario nazionale individuate dal PNRR rappresentino la manifestazione di

fisiologiche iniziali resistenze al cambiamento. Il processo è già avviato. I punti cardine per lo sviluppo della sanità del territorio dei prossimi anni sono la digitalizzazione e l'integrazione di dati, degli strumenti e, soprattutto, delle professionalità. Mi auguro che gli stessi punti cardine possano divenire le «parole d'ordine» operative per l'esperto lettore che nelle pagine di questo ricco volume troverà sicuramente numerosi spunti di riflessione.

Domenico Mantoan
Direttore generale dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali (AGENAS)



Introduzione

Questo volume nasce da e per i corsi di formazione manageriale per dirigenti di struttura complessa o per direttori di azienda sanitaria. Il suo obiettivo è sostenere i professionisti che si impegnano a imparare.

E non ci sembra cosa da poco. Spesso, infatti, quando si organizzano questi corsi obbligatori, si cede alla tentazione di alleggerire l'impegno dei professionisti. Essi sono clinici, digiuni di materie manageriali; hanno poco tempo a disposizione sottratto a compiti gravosi e importanti. Così, non di rado, si predilige la testimonianza, l'infarinatura, una introduzione discorsiva a tematiche ostiche come la gestione del personale, del bilancio, dell'organizzazione.

Se l'intenzione è meritevole, il risultato è doppiamente fallimentare: si sottrae inutilmente del tempo a chi oggettivamente ne ha poco; e si perde un'occasione per chi può (non solo «deve») acquisire un pezzo di realtà importante.

L'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo di PoliS-Lombardia (da ora: «Accademia») ha scelto in questi anni un'altra strada. Chi si iscrive ai nostri corsi ha il dovere e il diritto di imparare: di conoscere oggetti nuovi, di memorizzarli, impararli, farli diventare strumenti della propria cassetta degli attrezzi. Per noi frequentare i corsi significa dare e chiedere molto per far fruttare il tempo (e i soldi) che questi professionisti impiegano.

Si pensi, per esempio, a tematiche molto tecniche come la lettura del bilancio. È vero che un dirigente di struttura non deve essere esperto di contabilità; è vero che non sono temi che è abituato a frequentare; ma è altrettanto vero che un primario deve poter usare questo strumento senza subirlo.

E per imparare (non per orecchiare) occorre fatica. Come a scuola. Una fatica che però è anche l'occasione per queste persone di prendere del tempo dedicato a se stesse. E, alla fine, di essere migliori.

Da qui l'attenzione alle verifiche, alla valutazione degli apprendimenti; da qui anche la richiesta ai docenti di preparare bene la lezione, con materiali di studio e approfondimento per lo studio personale.

Così è nato questo volume: abbiamo raccolto le lezioni meglio strutturate di edizioni precedenti e le offriamo ora come testi brevi che sono divenuti capitoli, i quali – non a caso – terminano con una sezione di sintesi e qualche domanda di verifica dell'apprendimento.

Il testo è composto di cinque sezioni: Formazione manageriale, Programmazione e sistema, Organizzazione, Personale, Contabilità e controllo.

La prima, *Formazione manageriale*, parte dal rapporto tra la sanità e il management sanitario nella storia, tra cura, *caritas* e gestione [Cap. 1]. Viene poi offerto un inquadramento dell'esperienza lombarda e di Accademia sulla formazione manageriale sociosanitaria obbligatoria [Cap. 2] utile a comprendere quanto accaduto negli ultimi anni e le possibili linee di sviluppo. Prendendo ad esempio alcuni modelli internazionali e un'esperienza di Accademia, si approfondiscono poi le ragioni per offrire e usufruire di una formazione manageriale nel mondo sanitario e sociosanitario [Cap. 3]. In tema di casi, si propone quello di un'esperienza di e-learning implementata in Lombardia [Cap. 4].

Nella sezione dedicata a *Programmazione e sistema*, si ripercorrono i principali atti di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale [Cap. 5] e si approfondisce il rapporto tra Servizio sanitario nazionale e università. La sezione si sofferma inoltre sulla medicina generale, esaminando gli aspetti manageriali in campo nel ruolo degli MMG [Cap. 7], l'inquadramento contrattuale e gli aspetti gestionali [Cap.8] e i profili comparati del ruolo con le esperienze di Olanda e Inghilterra [Cap.9].

Nell'ambito della sezione sull'*Organizzazione* vengono proposti un approfondimento sulla gestione operativa [Cap. 10] e sui sistemi informativi aziendali anche in un'ottica del loro sviluppo nel tempo [Cap. 11]. Viene inoltre presentato un contributo relativo ad alcuni aspetti della comunicazione esterna con riferimento alla gestione di una crisi in sanità [Cap. 12].

L'approfondimento sul *Personale*, ricompreso nella quarta sezione, è utile ad inquadrare il contratto collettivo nazionale del 2019 e le sue implicazioni per la dirigenza, nonché alcuni aspetti relativi alle relazioni sindacali [Cap. 13]. La dirigenza pubblica viene inoltre guardata nell'ottica della valutazione [Cap. 14]. La sezione ripercorre inoltre alcuni aspetti operativi della gestione dei conflitti nei gruppi di lavoro [Cap. 15] e connessi alle difficoltà specifiche nelle quali può incorrere il personale impegnato in «relazioni di aiuto» [Cap. 17].

La sezione dedicata a *Contabilità e controllo* offre una ricognizione degli elementi caratterizzanti i bilanci di esercizio [Cap. 18] e degli strumenti gestionali e di approfondimento relativi ai bilanci [Cap. 19]. Viene infine proposto un approfondimento relativo al controllo di gestione, agli oggetti della sua azione e agli strumenti in campo [Cap. 20].

Il testo non ha la pretesa di essere un vero e proprio manuale. Manca la completezza (i contenuti sono stati ancora scelti sulla base della disponibilità empirica di lezioni efficaci) e la sistematicità (ogni trattazione si limita al minimo indispensabile per la lezione). Esso non può sostituire le lezioni, ma va utilizzato come propedeutico e ancillare alla lezione d'aula.

Lo offriamo al pubblico anche con l'invito a ricevere alle correzioni, proposte e integrazioni che esperti o rappresentanti di altre scuole di formazione vorranno fornire. E l'auspicio è che si possa, nel tempo, consolidare e migliorare questo tentativo.

Infine, il dovere e il piacere di qualche ringraziamento. Innanzitutto ai partecipanti a questi corsi, per la libertà e anche la simpatia con cui si sono coinvolti e hanno contribuito al miglioramento dei corsi, peraltro in un periodo di pandemia che li ha costretti a distanze e fatiche non da poco. Grazie anche al personale di Accademia che con grande generosità ha seguito l'organizzazione dei corsi recenti: Marinella Gallo, Danila Lazzarini, Giulia Tarantola, alla borsista Vittoria Viganò e a tutti i tutor. Insostituibile il contributo dei docenti di riferimento dei corsi manageriali: Cristina Filannino, Daniela Malnis, Patrizia Monti e Furio Zucco.

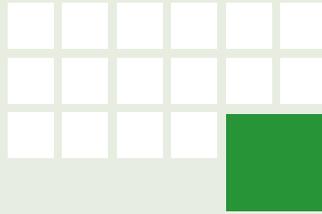
Sono grato sinceramente ai docenti autori dei capitoli, non solo per aver aderito all'invito a scrivere, ma anche per avere accettato con pazienza e comprensione le numerose richieste di integrazione e modifiche.

Un grazie anche a Emanuela Giusti per avere organizzato il tempo di produzione e ad Annalisa Mauriello per il coordinamento editoriale.

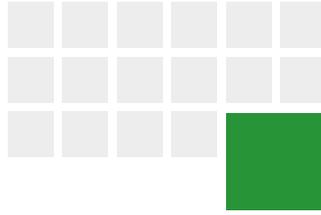
Paride Fusaro mi ha aiutato con la consueta competenza e disponibilità sui contenuti e alla curatela del volume; senza il suo contributo questo testo non avrebbe visto la luce.

Ogni limite e difetto resta in carico al curatore. A lui per favore non risparmiare critiche, soprattutto se utili a migliorare questo piccolo tentativo.

Alessandro Colombo
Direttore dell'Accademia di formazione
per il servizio sociosanitario lombardo,
PoliS-Lombardia



Formazione manageriale



1

La solita vecchia storia? Cosa insegna la storia della sanità al management sanitario

Alessandro Porro

1.1 Un rapporto antico, quindi moderno

Quali che siano le convinzioni metodologiche, epistemologiche, storiografiche o le preferenze operative, tecniche, persino estetiche; sia che si pensi alla medicina come epifenomeno della sanità (Cosmacini, 2002) ovvero le si assegni una completa dignità autonoma; ovvero ancora si voglia declinare il passaggio dalla sanità alla salute (Cosmacini et al., 1996; Cosmacini, 2018) allorché ci si imbatta o ci si proponga di inserire nella discussione il dato storico, ci si trova inevitabilmente a dover fare i conti con un problema antico e persistente, quindi modernissimo. Si tratta del rapporto dialettico tra innovazione, modernità e tradizione; tra la spinta, talora incontrollabile, a fare, a perseguire il bene da un lato e la voce, l'insegnamento o il potenziale freno dell'esperienza dall'altro.

Molte sono le posizioni intermedie, fra i limiti estremi definiti da un lato dall'assoluta assenza di inibizioni, regole e controlli e dall'altro dalla sclerosi e paralisi istituzionale e operativa, cosicché in questo spazio intermedio, in questo spazio di inevitabile dialogo anche il passato può in qualche modo gettare luce sul presente. Non si tratta di rivolgersi all'aneddotica, né di commettere l'errore dell'anacronismo, bensì di estrarre dalla ganga le gemme rappresentate da quegli esempi, che ci mostrino il metodo adottato dai nostri antenati per risolvere problemi, che in minima o grande parte si ripropongono nella gestione della sanità (intesa nel senso più estensivo del termine); che ci mostrino anche gli errori da loro commessi, perché si possa meglio riflettere sulle scelte determinate dalle necessità attuali.

1.2 Problemi da affrontare

Volendo dare voce al management, i feedback che si ricevono, a proposito della definizione dei problemi urgenti in sanità, risentono delle situazioni generali e locali; tuttavia essi si possono ricomprendere (senza voler dare un ordine gerarchico alla citazione) nelle grandi categorie della gestione delle risorse (in una situazione odierna determinata dalla loro limitatezza); dei rapporti con i decisori politici e gli stakeholders (in tal modo introducendo anche il tema della normazione); di quelli interpersonali e interprofessionali (in tutte le gamme nelle quali tali rapporti possano estrinsecarsi, anche tecnologici e tecnici); di quelli con i fruitori dei servizi e delle prestazioni (nel tempo variamente denominati, quali pazienti, malati, utenti, cittadini, paganti, assistiti, clienti).

Chi mai potrebbe affermare l'insussistenza di tali problemi nel passato, anche remoto? Come i nostri antichi gestori della sanità (per usare un termine apparentemente moderno, ma perfettamente applicabile anche alla situazione di molti secoli fa) li affrontarono? Con quali difficoltà ed esiti? Si tratta allora di identificare alcuni esempi ammaestrativi.

1.3 Esempi da proporre o da seguire?

Anche la scelta degli esempi risente di molti fattori, non potendo, per sua stessa natura, essere esaustiva. La componente pedagogica deve essere sottolineata quale *primum movens* per la loro corretta identificazione. Da ciò deriva il ritrovarsi in una dimensione prettamente utilitaristica. Quindi, per successive delimitazioni, si può cercare di identificare il campo, l'area dalla quale attingere, avendo comunque sempre ben presente che la ricerca e la proposizione di spunti di riflessione non potrebbe che essere infinita.

Un primo punto di riferimento è quello geografico, inteso sia in senso statico, sia in modo dinamico. Quanto alla prima condizione, statica, definire quel che è oggi il territorio lombardo può essere utile a delimitare le competenze, le specificità e anche in passato ciò fu empiricamente preso come riferimento per riflessioni storiografiche in ambito sanitario. Si pensi alla collana di monografie *Sanità e Società*, curata da Franco Della Peruta (1924-2012), organizzata su base geografica regionale (Della Peruta, 1989). Potremmo poi scendere ancor più nel dettaglio territoriale, e rifarci alle città capitali o capoluogo di divisioni amministrative intermedie, fino a giungere alle *microstorie*, alle storie di chi godeva o subiva la dimensione assistenziale (Porro et al., 2008; Porro e Falconi, 2008). Per esempio, quando si pensa a Milano, si pensa a una città europea, votata alla modernità, al frenetico incedere dell'innovazione, anche se alcuni episodi recenti, relativi alle mancate assegnazioni alla città di talune agenzie europee (quella del Farmaco o quella del Lavoro) appaiono significativi nella loro variabilità intrinseca e nella variabilità inerente ai rapporti di causalità che li determinarono. Milano rinnova continuamente se stessa, fa sorgere e declinare con inesorabile rapidità posizioni e rendite, in un'incessante corsa che non prevede né il rallentare, né il fermarsi, né il voltarsi indietro (Porro e Franchini, 2019). Esistono la dimensione del volontariato (Cri-

stini, 2013) e quella della responsabilità, ma il bene comune e il bene del singolo, la sua evoluzione interiore e sociale faticano a proporsi con autorevolezza, e a riconnettersi con le esperienze del passato.

Se vogliamo poi passare a una dimensione dinamica, diacronica, il nostro punto di riferimento lombardo (o della pianura padana) si inserisce in una rete strutturata di connessioni con altre realtà, alpine, cisalpine, transalpine, ultramontane, transappenniniche, peninsulari, italiane, europee in senso lato. Ciò vale anche per la realtà locale, e anzi questa struttura reticolare appare essere una componente sanitaria peculiare. Allora, se il nostro punto d'osservazione è certamente medio-padano, e gli esempi proposti saranno caratterizzati dalla *lombardità*, lo sguardo potrà spaziare a 360 gradi.

1.4 Soldi, soldi, soldi!

Il tema della disponibilità economica, della forza patrimoniale, evidente in una situazione sanitaria di assistenza mutualistica quale quella del tempo anteriore alla legge 833/1978 ci riporta direttamente alla nascita delle grandi istituzioni ospedaliere rinascimentali. Si tratta degli *Ospedali Maggiori*, i quali tali erano per patrimonio istituzionale, potere contrattuale e anche per dimensioni edilizie (Albini, 1993; Grieco e Sandri, 1997; Vaglianti e Cattaneo, 2013; Huguet-Termes et al., 2014). Tuttavia, quest'ultimo aspetto, pur simbolicamente destinato a perpetuarsi, poteva apparire sussidiario. Una solida, grande istituzione, catalizzatrice di scienza, coscienza, carità, assistenza, beneficenza, modernità veniva confrontata con una pletera di istituzioni di variabile storia, funzionalità, efficacia. Il confronto non poteva che essere impari: solo una grande istituzione avrebbe potuto reggere alle spinte evolutive, integrarle e farle proprie. Ricordato, in senso particolare ed esemplificativamente, che il patrimonio fondario dell'Ospedale Maggiore (uso consapevolmente questa antica denominazione milanese) è a tutt'oggi il più consistente d'Italia, i bilanci ospedalieri antichi in senso generale (Villanueva Morte et al., 2018) molto ci dicono anche della presenza e dello sviluppo delle teorie e delle prassi medico chirurgiche. A esempio, il periodo della seconda metà dell'Ottocento (De Luca et al., 2020), caratterizzato da un tumultuoso sviluppo delle discipline scientifiche di ambito chirurgico, ci pone al confronto con la necessità di spese di adeguamento e modernizzazione.

Tuttavia, il tema dell'equilibrata gestione portava nei secoli passati, come porta ora, a focalizzare la nostra attenzione sul problema della cronicità. Se pensiamo che uno degli spunti delle riforme ospedaliere quattrocentesche applicato antesignatamente nell'Ospedale Maggiore di Milano fosse quello della definizione dei luoghi assistenziali ospedalieri come luoghi per *acuti* (cioè persone portatrici di *malattie di pronta terminazione*), destinando ai *cronici* altre strutture ed altre forme assistenziali, sempre però sotto il controllo dell'amministrazione ospedaliera, non ci stupiamo della lungimiranza dei nostri antichi amministratori. Il tema della compresenza dei *cronici* e del loro progressivo aumento di peso e aggravio per l'amministrazione doveva essere ben presente, giacché il tema appare essere, nel nostro XXI secolo, di pressante attualità.

La scelta al tempo, almeno per Milano, era stata chiara: assistenza differente, ma sempre al massimo livello possibile. Perché quest'altro aspetto sanitario deve essere sottolineato: non si

doveva somministrare un'assistenza *quale che fosse*, ma quella al massimo grado disponibile. In questo modo anche il bisognoso avrebbe potuto godere, gratuitamente, della stessa qualità assistenziale che il possidente poteva comodamente ricevere al proprio domicilio. Si pone dunque il problema dell'accesso al livello massimo delle prestazioni sanitarie in un contesto di assistenza universalistica (i nostri lontani gestori non avevano a disposizione gli effetti della compartecipazione alla spesa).

1.5 Vivere per capire, gestire perché si vive

Un altro tema sul quale le esperienze recenti, ma ormai definite storicamente, possono essere oggetto di riflessione, è quello della competenza tecnica gestionale. Chi si avvicini ai temi della storia della sanità pubblica, e voglia analizzare la genesi e i primi passi attuativi nel SSN, focalizzando l'attenzione sulla legge 833/1978, non potrà non affrontare la questione delle motivazioni, delle scelte e della gestione politica in ambito sanitario. Esistono poi ambiti nei quali questa rilevante presenza precede la legge di riforma: si pensi al variegato ambito della medicina del lavoro.

Come fu affrontato nel passato, anche remoto, il tema del rapporto fra i gestori e l'istituzione da loro gestita? Noi dobbiamo fare uno sforzo immaginativo, per cercare di immedesimarci, per quanto possibile, nelle condizioni del tempo: emergeranno alcuni dati che oggi per noi appaiono di difficile e controversa comprensione. Per taluni ambiti assistenziali era previsto l'obbligo della residenzialità all'interno della istituzione ospedaliera o assistenziale, pena l'automatica risoluzione del rapporto di lavoro o di prestazione.

Abbiamo traccia di ciò anche a Novecento iniziato, con alcuni casi che appare utile riportare. La levatrice della Maternità cremonese, Aspasia Duffatelli (1862-1946), rappresentò con il suo impegno scientifico, assistenziale, associazionistico il passaggio a una professione ostetrica matura e moderna. La data del 2 marzo 1898 rappresentò un momento importante per le levatrici cremonesi: in un'assemblea presieduta dall'establishment ostetrico ginecologico cittadino, venne istituita la «Società Ostetrica Cremonese» e Aspasia Duffatelli assunse l'incarico di Vice-presidente. La Società ostetrica Cremonese si dotò di uno dei primi Codici Deontologici d'Italia (e di un tariffario professionale), il giorno 8 dicembre 1900 (il *Codice di Etica e Deontologia dell'Ordine de' Medici della provincia di Sassari*, risale al 25 marzo 1903, mentre il primo Codice Deontologico degli Infermieri risale al 1959-60). Tuttavia, Aspasia Duffatelli fu posta dinanzi a una scelta di vita. L'obbligatorietà della residenza all'interno della Maternità cremonese comportava anche l'obbligo di nubilitato (o della condizione vedovile). Di fronte alla scelta fra la continuazione dell'attività professionale in posizione apicale e il matrimonio, scelse quest'ultimo (ma non cessò per questo la sua attività di protagonista dell'assistenza ostetrica cremonese, al di fuori dell'istituzione pubblica) (Generali, 2006; Porro, 2011).

Potremmo definire tutto ciò solo come un retaggio delle antiche statuizioni e regolamentazioni, proprie del periodo di antico regime; tuttavia, una simile determinazione fu proposta anche in ambito medico. Ci troviamo a Roma, quindi apparentemente molto distanti dai nostri

territori, nell'ambito di un'istituzione privata di fisiokinesiterapia (per usare un termine d'epoca) e nei primissimi anni del Novecento. Il protagonista di quest'altra vicenda, Carlo Colombo (1869-1918), il cui cognome tradisce l'antico legame con gli Esposti dell'Ospedale Maggiore milanese, proveniva dalla sponda piemontese del Lago Maggiore, al confine dell'antico Ducato di Milano. La struttura da lui fondata a Roma (oggi fisicamente non più esistente) era più simile a una Clinica che a un Poliambulatorio, con l'attivazione di gabinetti d'analisi chimico-cliniche e batteriologiche; di quelli di diagnostica radiologica; della previsione di un numero di letti di degenza; dell'impegno nella ricerca scientifica. Si trattava dell'istituzione di riferimento, al tempo, per l'Italia.

Tuttavia, vogliamo qui sottolineare un altro aspetto, che più ci interessa: quello della residenzialità dei medici, che si traduceva nell'esclusività del rapporto lavorativo all'interno dell'Istituto fondato da Colombo (Porro et al., 2014). Oggi il tema dell'esclusività e dell'attività *intramoenia*, se non assume le caratteristiche di inizio del secolo scorso, non cessa di essere attuale. Volendo però sottolineare il rapporto fra residenzialità e gestione, non strettamente legata all'esercizio assistenziale in modo tecnico, possiamo ricordare che i nostri più antichi gestori sanitari trovarono il modo di rafforzare anche le competenze degli amministratori. Essi escogitarono l'attuazione di turni di presenza settimanale con obbligatorietà di residenza per gli amministratori, in modo che essi fossero coinvolti in ogni aspetto della gestione di una grande macchina assistenziale, quale era l'Ospedale Maggiore di Milano. Al di là delle competenze, anche politiche, che dovevano essere predeterminate, si può sostenere che fosse necessario vivere all'interno dell'istituzione per capirla, comprenderla appieno, e che la buona gestione fosse agevolata da questa esperienza di vita ospedaliera. Oggi i tempi sono mutati, ma la necessità di *vivere* l'istituzione sanitaria, per ben gestirla, appare un messaggio da rimeditare.

1.6 Perdoni, questue e beneficenza

Con il termine di *questua*, solitamente si intende quella richiesta e raccolta di oblazioni (in denaro o in natura) fatta da religiosi, appartenenti di norma a ordini mendicanti, per scopi di carità o di culto. Nel mondo medievale (Gazzini e Olivieri, 2016) esso rappresentò un'importante forma di autofinanziamento, se lo definiamo nella richiesta ciclica di somme di qual si volesse importo. Potremmo così interpretare la cosiddetta *Festa del Perdono*, che a scadenza biennale consentiva di lucrare l'indulgenza plenaria, assistendo alla Messa celebrata dal parroco dell'Ospedale Maggiore (l'Arcivescovo di Milano pro-tempore) ed elargendo un'elemosina a favore dell'ospedale stesso (Castelli, 1939). Dalla metà del Quattrocento, questa tradizione si è sempre perpetuata e l'ultima *Festa del Perdono* si è tenuta il 25 marzo 2021.

Il modello della questua ebbe anche un'applicazione laica: Gaetano Pini (1846-87) la utilizzò nel 1874 per contribuire a costituire la sua *Scuola pei rachitici* (oggi l'istituto ortopedico che porta il suo nome). La questua di Pini fu affidata a un numero di volontarie; il territorio cittadino fu suddiviso in base alle circoscrizioni parrocchiali e assegnato per sorteggio a cia-

scuna volontaria; ognuna di loro bussò a tutte le abitazioni, chiedendo una donazione, di qualsiasi importo. In due mesi la questua fruttò 43.089,52 lire (Porro e Franchini, 2019).

Il tema che qui oggi ci interessa sottolineare riveste un duplice significato: da un lato si declina nella definizione del fundraising, delle sue strategie, e dall'altro impone una riflessione sulle caratteristiche della beneficenza, in ragione delle mutate condizioni sociali. Non ci si riferisce tanto alla beneficenza di grande entità, quella che si accolla e garantisce realizzazioni rilevanti, ma di quella che rappresenta un flusso continuo della testimonianza delle nostre cittadinanze.

Il paradigma storico può essere rappresentato da alcune storie esemplari, ma è la caratteristica intrinseca alla beneficenza cittadina che ci viene testimoniata ed è in passato stata sempre testimoniata, come ineludibile caratteristica del finanziamento ospedaliero. Ne sono testimonianza le quadriere dei benefattori, presenti in tutte le aree nelle quali il modello lombardo dell'assistenza ospedaliera si sia diffuso: nell'area padana e al di fuori di essa.

Volendo, anche in questo caso, trarre dal passato un esempio, non si può che fare riferimento al testamento particolare di un ospite disabile dell'Ospedale Maggiore. Siamo in pieno Seicento, a Milano, e Luca Riva nel 1624 fece testamento, nominando, oltre a nove legati particolari, l'Ospedale Maggiore quale suo erede universale. Egli era sordo, muto e analfabeta, ma era anche un allievo di Camillo Procaccini (1543-62 ca.-1629). Quindi Luca Riva fu autorizzato a fare testamento con il disegno, unico suo mezzo di comunicazione. Così un singolare testamento «a fumetti» fu redatto e un disabile raggiungeva, con il suo legato, il più elevato livello: quello della beneficenza (Porro, 2018). La riflessione attuale non può che essere riferita alla disabilità, e alla necessità di confrontarsi con essa riconoscendone un valore intrinseco, e non un peso assistenziale. Infine, la necessità di proporre nel tempo la memoria di chi nel passato, anche remoto, avesse contribuito al *bene facere* ci introduce al tema della valorizzazione del patrimonio culturale delle nostre istituzioni sanitarie.

Attualmente le poste di bilancio destinabili alla valorizzazione del patrimonio culturale delle istituzioni sanitarie tendono asintoticamente al valore zero (con rare eccezioni). Fra gli elementi della formazione manageriale è inserita una sensibilizzazione (anche il presente saggio ne vuole essere testimonianza) del dato storico, in quanto possibile posta di rendita. Il riutilizzo di parte dei luoghi assistenziali potrebbe anche seguire questa strada (Porro e Lorusso, 2018): si pensi, quale esempio, alla riconversione dei locali ex-portineria del Villaggio sanatoriale «Morelli» di Sondalo a Museo dei Sanatori.

1.7 La tela dei fili di ragno

Per rispondere alle istanze di salute dei cittadini, oggi appare facile riscontrare che una rete, un'integrazione fra istituzioni pubbliche e private possa funzionare con maggiore efficacia. D'altronde, si è già sottolineato il cambio di paradigma avvenuto nel 1978, con il superamento del sistema mutualistico (Pazzini, 1966), tanto che quest'ultimo appare essere ormai

relegato nella dimensione storica. Tuttavia, il concetto di rete ospedaliera era già presente in epoca medievale (Villanueva Morte et al., 2018) e si potrebbe sostenere che la riorganizzazione ospedaliera quattrocentesca dovette confrontarsi anche con questa realtà. Il tema non era rappresentato dall'esistenza della rete *per sé*, quanto dalla sua efficienza ed efficacia. Per quanto concernente la disseminazione sul territorio delle istituzioni sanitarie, la loro esistenza e integrazione si fece nei secoli via via maggiore e nell'anno 1906, simbolico per l'attuazione dell'EXPO, un censimento (Rossi, 1906) poteva registrare a Milano: 8 Istituzioni relative alla Maternità, Infanzia e Baliatico (per un totale di 12 strutture sparse sul territorio cittadino); 3 Asili infantili di carità (per un totale di 28 strutture); 2 Orfanotrofi; 36 Istituzioni per la Protezione di fanciulli orfani, abbandonati, pericolanti e pericolati (per un totale di 37 strutture); 28 Istituzioni per infermità speciali; 14 Istituzioni educative; 15 Opere Pie di educazione; 7 Fondazioni che elargivano premi ad alunni distinti; 8 Istituzioni di assistenza e soccorso agli scolari poveri; 9 Istituzioni per cure climatiche e varie; 21 Ospedali; 23 Istituti sanitari e ambulanze; 11 istituzioni di assistenza e soccorso per ammalati a domicilio e visite negli ospedali; 6 Dispensari di medicine, pane e alimenti diversi (per un totale di 8 strutture); 21 Istituzioni facenti capo alla Congregazione di Carità; 32 Istituzioni facenti capo alla Beneficenza Municipale; 7 Istituzioni facenti capo alla Beneficenza Provinciale; 36 Istituzioni per sussidi in genere; 11 Opere Pie di Beneficenza dotale; 24 Istituzioni di previdenza (per un totale di 34 strutture); 11 Istituzioni diverse; 8 Asili pei vecchi; 139 Associazioni di mutuo soccorso (ivi comprese la Camera del lavoro e le 21 Società aderenti; le 6 Associazioni cattoliche; le 8 Associazioni femminili); 72 Cooperative (Rossi, 1906).

Se passiamo, invece, ad analizzare la struttura dell'assistenza domiciliare, possiamo facilmente verificare come nel passato anche questo aspetto sanitario fosse stato affrontato con soluzioni che ancora oggi potrebbero essere prese in considerazione. Il riferimento va alla milanese istituzione di Santa Corona (Canetta, 1883) (che faceva riferimento alla corona di spine della Passione di Gesù ed era deputata all'assistenza territoriale ai poveri). Essa retribuiva i professionisti con un sistema molto simile a quello degli odierni voucher (ossia a prestazione, il che consentiva una rilevazione e un governo delle oscillazioni delle prestazioni stesse e delle spese relative in tempo pressoché reale).

1.8 Polizia, polizey

Perché le pestilenze antiche fecero meno danni a Milano che altrove (con le dovute eccezioni, a tutti note anche per via letteraria)? Quando si pensa alla regolazione, alla regolamentazione della sanità, il pensiero corre alle determinazioni normative specifiche. La costruzione del lazzaretto *extramoenia* nel XV secolo; l'istituzione delle magistrature di sanità (Levati e Mori, 2018) sul modello della Repubblica di Venezia; la costituzione dell'impianto normativo e regolamentare della *Medicinishe Polizey* delle riforme teresiano-giuseppine del XVIII secolo sono unite da un *fil rouge* che ci rende testimonianza della gestione sanitaria (Antonielli, 2015).

Tuttavia, furono norme di controllo (se non di ordine pubblico), quali la sorveglianza alle porte cittadine, la registrazione delle notizie provenienti dall'estero e da territori distanti a consentire un controllo della situazione sanitaria in tempo di pericolo. Inoltre, si pensi alla redazione accurata del *liber mortuorum*, inteso come registro obbligatorio delle cause di morte. Siamo nel Quattrocento e le registrazioni milanesi rappresentano il primo registro necroscopico europeo (Vaglianti e Cattaneo, 2010).

In tempi moderni, quelli della fine del XVIII secolo, le globali riforme teresiano-giuseppine mutarono il panorama della sanità pubblica: si introdussero e si rafforzarono le azioni di controllo, agevolate dallo sviluppo dei mezzi di analisi tecnica. La Lombardia austriaca si rivelò essere un territorio privilegiato per sperimentazioni riformatrici in campo sanitario: la figura di riferimento fu quella di Johann Peter Frank (1745-1821) e della sua opera monumentale che dettò le basi per la regolamentazione di ogni aspetto di sanità pubblica (Frank, 1825-1830³). Nell'alveo del riformismo giuseppino (e leopoldino) si veniva sempre più determinando la miseria dei popoli come causa di malattia (Frank, 1965).

1.9 Lombardia, terra di riforme: il periodo teresiano-giuseppino

La storiografia relativa alle riforme teresiano-giuseppine, così denominate perché facenti riferimento all'attività dell'Imperatrice Maria Teresa (1717-80) nonché di suo figlio (e successore) Giuseppe II (1741-90), è vastissima, e non può essere in questa occasione compendata. Basti però ricordare che in occasione del bicentenario della morte della sovrana, gli studi ebbero un'accelerazione (De Maddalena et al., 1982), che interessò anche gli aspetti sanitari, medici e chirurgici (Giovanni Alessandro Brambilla, 1980).

La Lombardia austriaca (comprendente altresì il Ducato di Mantova, formalmente ancora autonomo), per le sue caratteristiche statuali era un territorio privilegiato per sperimentare riforme economiche e sociali le quali, se esitate positivamente, sarebbero poi state applicate a tutti i territori dell'Impero. Nell'ambito di queste riforme la chirurgia venne parificata alla medicina: si prevedevano non più due distinti percorsi, ma un unico modello formativo moderno, strutturato su basi scientifiche, con differenziazioni disciplinari, ma su un piano paritario. Nelle nostre Regioni un artefice di questo progetto fu il protochirurgo imperiale Giovanni Alessandro Brambilla (1728-1800), che aveva iniziato la sua splendida carriera come *Unterchirurg* (sottochirurgo) in un reggimento di stanza a Pavia.

In ambito più generale, la riforma della medicina e della farmacia negli Stati della casa d'Austria si deve anche all'opera di Johann Peter Frank, che riorganizzò pure, su base moderna, l'insegnamento medico chirurgico nell'Università di Pavia. Egli può essere considerato, con il suo *System einem vollstaendigen medicinischen Polizey* (opera iniziata nel 1779 e terminata nei primi anni dell'Ottocento) la figura di riferimento per lo sviluppo di una medicina sociale e di un'igiene pubblica moderna. Tale opera non solo ebbe grande influsso sulle riforme teresiano-giuseppine in ambito sanitario e accademico (dalle quali proveniva e a un tempo ne costituiva il modello), ma conteneva anche in sé il substrato metodologico per l'attuazione di una specifica normazione.

1.10 Johann Peter Frank e le riforme

Johann Peter Frank non era stato il primo scienziato ad avere ricevuto in affidamento il compito di riformare la sanità nella Lombardia austriaca: il medico ginevrino Samuel Auguste André David Tissot (1728-97) si era trasferito a Pavia nel 1780, ma dopo un breve soggiorno aveva lasciato l'Ateneo pavese. Così Johann Peter Frank era stato chiamato a sostituirlo, e il suo soggiorno pavese durò un decennio (1785-95). In questo decennio egli portò a compimento il compito affidatogli. L'attenta valutazione delle riforme di Frank, unitamente all'analisi di altre realtà inglesi, scozzesi e continentali, consentono di retrodatare di almeno un cinquantennio (Keel, 2001) la nascita della clinica moderna, che viene solitamente correlata alla situazione francese post-rivoluzionaria del 1792-94, sull'onda delle note ricerche di Michel Foucault (1926-84) (Foucault, 1963). Nel 1790, con la sua *Oratio academica de populorum miseria, morborum genitrice* (La miseria dei popoli come causa di malattie) (Frank, 1965) Frank propose chiaramente la medicina come strumento per indirizzare le scelte della politica. Migliorare l'assistenza e le condizioni di vita dei sudditi significava combattere la malattia e la morte di larghi strati della popolazione.

1.11 Normare e regolare la sanità: il lavoro di Frank

L'opera di Frank fu monumentale, e vogliamo qui analizzarla nella sua seconda edizione in lingua italiana, arricchita di note e stampata a Milano da Pirotta fra il 1825 e il 1830 (Frank, 1825-30). Essa consta di ben 19 volumi tradotti in italiano inizialmente dal medico trentino Giambattista Garzetti (1782-1839), allorché perfezionava i suoi studi medici a Milano e a Pavia. Ad arricchirla di due volumi supplementari, dedicati soprattutto all'ambito ospedaliero e carcerario, e a riprenderne la traduzione era stato Giovanni Pozzi (1769-1839), medico attivo anche in ambito veterinario: il che ci riporta alla stretta connessione fra medicina dell'uomo e medicina degli animali.

1.12 L'inchiesta ospedaliera di Frank

Per condurre a buon fine la sua opera riformatrice, Frank doveva disporre di dati omogenei: fu approvato e inviato a 42 istituzioni ospedaliere un questionario formato da 20 quesiti. Le istituzioni ospedaliere furono così identificate: 5 nella città di Milano (*Spedale Maggiore; Luogo pio di S. Corona; Luogo pio della Senavra pei pazzi; Pia casa di Santa Caterina alla ruota per i trovatelli e per le partorienti; Spedale dei Fatebenefratelli*); 3 in Provincia (*Spedale della Stella a Melzo; Spedale di S. Francesco a Monza; Spedale di S. Francesco a Vimercate*); 4 nella città di Pavia (*Spedale di S. Matteo; Spedale degli incurabili; Luogo pio di S. Corona aggregato allo Spedale di S. Matteo; Luogo pio degli esposti*); 1 in Provincia (*Spedale degli incurabili ad Abbiategrasso*); 2 nella città di Lodi (*Spedale degli infermi, unitavi la pia casa della Provvidenza per le partorienti; Spedale di Fissirago*); 5 in Provincia (*Spedale della Co-*

mune a Casalpusterlengo; Spedale della Comune a Codogno; Spedale della Comune a Caravaggio; Spedale della Comune a Treviglio; Spedale della Comune a Rivolta); 2 nella città di Cremona (Spedale maggiore, unitovi il Luogo pio di S. Corona in soccorso degli infermi della città; Spedale de' Fatebenefratelli); 4 in Provincia (Spedale della Comune a Soncino; Spedale della Comune a Soresina; Spedale della Comune a Calcio; Spedale della Comune a Castelleone); 1 nella città di Como (Spedale maggiore, unitovi il Luogo pio della Carità in soccorso de' poveri infermi della città); 2 in Provincia (Spedale della Comune ad Acanale [sic!]; Spedale della Comune a Lecco, non ancora aperto); 1 nella città di Varese (Spedale della Comune); 1 nella città di Casalmaggiore (Spedale della Comune); 6 in Provincia (Spedale della Comune a Bozzolo; Spedale della Comune a Sabbioneta; Spedale della Comune a Viadana; Spedale della Comune a Pomponesco; Spedale della Comune a Ostiano; Spedale della Comune a Bollengo [sic!] non ancora aperto); 1 nella città di Mantova (Spedale maggiore e luogo pio per gli esposti); 4 in Provincia (Spedale della Comune a Castiglione delle Stiviere; Spedale della Comune a Castel Goffredo; Spedale della Comune a Ostiglia; Spedale della Comune a Sermide non ancora aperto). Il territorio cremasco non faceva parte della Lombardia austriaca, bensì della Repubblica di Venezia. I quesiti erano assai dettagliati:

§ 1. Quale è la situazione dello spedale? È essa sana, asciutta od umida, in vicinanza alle paludi, oppure all'acqua corrente? Sta lo spedale in mezzo all'abitato, oppure fuori di esso? È circondato da case che ne possano impedire il libero corso dell'aria? Di che sono questi fabbricati?

§ 2. Com'è costrutta la fabbrica dell'ospedale? È dessa di una costruttura buona e solida, oppure minaccia di rovinare? Sta essa in proporzione de' malati ordinarij, che hanno il diritto di esservi accettati? Quale è la divisione delle sale, o delle stanze de' malati? Quanto sono lunghe, larghe ed alte? Vi sono sufficienti finestre? Ed hanno queste la conveniente grandezza, oppure stanno in un conveniente luogo? Vi hanno ventilatori adattati e sufficienti per rinnovare e purificare l'aria? Non mancano di latrine? Oppure queste sono troppo vicine alle sale de' malati e spargono nella casa un cattivo odore? Come si può in tal caso provvedere senza grandi spese? È la cucina o la spezieria in grande distanza dalle sale de' malati? Ha lo spedale un giardino, una piazza, oppure un cortile, nel quale i convalescenti possano avervi un moto libero? È chiusa l'entrata nello spedale, oppure è concessa a chicchessia? Ha desso un magazzino od un luogo onde conservarvi, e far prendere aria alle vesti state deposte dai malati?

§ 3. Quanti letti vi sono pronti in tutto lo spedale per accogliervi i malati? Quanti di essi in ciascuna sala od in ciascuna stanza? Sono essi in proporzione del numero de' malati? Sono questi letti proprj per ciascuna stagione, oppure cattivi? Sono i sostegni de' letti di ferro, oppure di legno? Sono essi in proporzione del numero de' malati? Come sono le biancherie e le coperte? Sono i letti provvisti di tende? E di quale stoffa? Quante volte si cambiano le biancherie e la paglia de' letti? Si somministrano a ciascun malato biancherie pulite? Sono queste fatte pulire nello spedale stesso, oppure fuori del medesimo? Succede questo per

parte dello spedale, oppure col mezzo altrui contro determinato pagamento? Sono cambiati, purificati ed aereati i letti in cui sono morti i malati presi da malattie contagiose? Quale è, la lunghezza e la larghezza de' letti e la distanza di ciascuno di essi? Si impiegano pei bisogni de' malati de' cessi e seggiole speciali? In qual tempo e con qual ordine sono le medesime vuotate? Non mancano strumenti chirurgici od i necessarj utensili pei pazienti? Quali strumenti chirurgici od anatomici si trovano a disposizione dello spedale?

§ 4. Quali persone abitano nell'interno dello spedale? Quante stanze occupano essi? Hanno essi famiglia? È questa numerosa? E quali conseguenze ne derivano? È assegnata nello spedale un'abitazione ad un medico, ad un chirurgo, ad un sacerdote e ad un portinajo?

§ 5. Quai sono i luoghi ed i paesi vicini che mandano i loro malati allo spedale? Quanto grande è la loro popolazione? Quale è il numero medio dei malati che continuamente oppure in ciascun anno si ricevono? E quanto costa allo spedale un malato in genere?

§ 6. Come sono ordinariamente distribuiti i malati nelle diverse sale? Sono separati i malati per malattie esterne da quelli presi da interne? Sono divisi i malati febbricitanti dai non febbricitanti? Sono custoditi i malati assaliti da malattie contagiose in un luogo speciale? Sono custoditi i dementi, i frenetici in un luogo proprio? E quando questi sono accettati, come si acostuma trattarli e legarli? Ove si tengono i malati incurabili?

§ 7. Come si regola l'accettazione de' malati nello spedale? Se ne tiene un esatto registro nel quale sia indicato il nome, il sesso, l'età, il mestiere, la patria, la malattia da cui il malato è preso? Sono indicati specialmente i malati che si rimandano col motivo del loro rifiuto? Quali condizioni si esigono per accettare i malati nello spedale? Si esigono i certificati della povertà de' malati da riceversi? Da chi sono rilasciati questi attestati e da chi sono essi riconosciuti oppure rigettati? Sono ricevuti malati cronici, oppure venerei? Chi deve esaminare i malati che si presentano? È stabilito un luogo speciale per quest'esame, per la purificazione e pel cambiamento del vestito de' malati pria che siano introdotti nelle sale de' medesimi? Qual genere di vestiti riceve il malato allorché è accettato, e dove si conservano quelli che egli depone? Si tiene un esatto registro de' vestiti deposti e degli effetti che per avventura possa avere portato con seco il malato? Quando un malato muore, cosa ne accade? Come si trattano i convalescenti, ed è loro concesso di andare liberamente vagando nello stabilimento? È registrato il giorno e l'ora del loro licenziamento? Si tiene un'esatta notizia della morte del malato? Dove si ripongono i cadaveri? È stabilita una stanza di morti asciutta e pura? Havvi alcuno il quale sia destinato a visitare questo luogo alcune volte al giorno, ed a ben aerearlo? Per quanto tempo si lasciano i morti apparentemente prima di seppellirli, oppure notomizzarli? Havvi luogo conveniente nel quale i medici ed i chirurghi possano eseguire la sezione de' cadaveri? Si conservano i preparati patologici secondo la loro importanza, e sono essi, secondo gli ordini su di ciò stati emanati dal Governo, somministrati nel modo più con-

veniente al Museo patologico di Pavia? Quanto lontano è il cimitero dello spedale da questo? Oppure i cadaveri dello spedale sono seppelliti ne' cimiteri comuni?

§ 8. Sono forniti i malati di ciò che la religione presenta loro di consolante? Quanti confessori sono stabiliti nello spedale? Sono essi preti oppure monaci? E sono essi nell'ultimo caso alcune volte cambiati? È celebrata la messa nello spedale stesso, oppure in una chiesa vicina? È stabilito nello spedale un altare mobile o stabile? Qual ordine si conserva nella distribuzione del sacramento? Quando il malato è in agonia è suonata sempre una campana speciale? A quale ora è eseguito l'ufficio divino?

§ 9. Fornisce lo spedali di medicinali anche i pazienti esteri? E con quale ordine ciò accade? Come si trasportano i malati all'ospedale? Sono essi condotti dalle loro Comuni con carri coperti oppure chiusi? Si dà nel luogo in cui si trova l'ospedale una ricompensa ai portatori de' malati per la loro fatica? Ed è stabilita col mezzo di una tassa la loro richiesta, oppure è arbitraria? Quando i malati si presentano allo spedale devono essi stare in un luogo scoperto ed esposto alla cattiva stagione prima di essere ricevuti?

§ 10. È stabilito nello spedale un tempo nel quale possano i parenti e gli amici visitare i pazienti? Vi è stabilita un'ora comoda pe' contadini affinché possano ritornarsene ancora alla propria casa? Può essere questa visita di impedimento a quelle de' medici dello spedale, alla distribuzione de' medicinali, degli alimenti, oppure al sonno in certe ore del giorno? Si portano ai malati gli alimenti dal di fuori, oppure altre cose facilmente nocevoli?

§ 11. Come si regolano gli alimenti pe' malati, siano essi ordinarj, oppure straordinarj? Di quale qualità prima di tutto è il pane? È desso sufficientemente cotto, e di buona qualità? Non è la carne pe' malati troppo vecchia, tenace, dura, magra e talvolta anche di cattivo odore? Com'è dessa conservata nei mesi di estate? Ha lo spedale una ghiacciaja propria tanto per tale oggetto, come anche ad uso dei medici e de' chirurghi? Quale vino, quale acqua si somministra ai malati per la loro bevanda? Si danno ai malati le vivande calde oppure fredde? E si tiene un'ora fissa pel desinare e per la cena? Chi distribuisce ai malati gli alimenti e le bevande, oppure i decotti? Vi ha alcuno destinato, il quale dia a bere ai malati presi da febbre, tanto frequentemente che bisogna?

§ 12. Havvi nello spedale rigorosa cura della pulitezza e sono le sale scopate più volte nel giorno? Sono lavati di tanto in tanto i sostegni de' letti ed altri utensili? In che consistono questi utensili, i vasi de' medicinali e di cucina? Sono questi ultimi sempre bene stagnati? Si conservano gli alimenti in vasi metallici?

§ 13. Hanno le persone in servizio nello spedale gli alimenti, oppure la tavola nel medesimo? Sono mantenuti dallo spedale, oltre i malati, altre persone?

§ 14. Quale è il numero medio de' soggetti feriti in risse trasportati allo spedale? Sono questi specialmente distinti? Sono esaminate le loro ferite da un medico e da un chirurgo a ciò destinato, e nel caso essi muojano per queste, sono tosto notomizzati legalmente i loro cadaveri? Come sono trattati nello spedale, nel caso di morte apparente, gli annegati, gli strozzati, i soffocati, oppure quelli che in genere, sulla di cui morte non si può avere certezza? Si ha per siffatti sgraziati tutta la possibile cura?

§ 15. Sono preservati sufficientemente i malati nelle diverse sale dal freddo e dal caldo eccessivo? Si hanno cammini [*sic!*], oppure stufe; ovvero si tiene fuoco di carbone nelle stanze de' malati?

§ 16. Quale è il numero de' medici e chirurghi tanto ordinarj quanto soprannumerarj, degli ajutanti impiegati nello spedale, degli infermieri e delle infermiere, come pure delle altre persone, che si devono mantenere pel servizio dei malati? Quanti malati ad un di presso si devono assistere da un medico, da un chirurgo oppure da un infermiere? Quali sono le ore destinate per le visite mediche e chirurgiche de' malati? Sono queste eseguite giornalmente solo una o due volte? A quale ora si leva la famiglia dello spedale? Chi scrive nel tempo delle visite le ricette? Dopo quanto tempo sono spediti dalla spezieria i medicinali stati prescritti? E chi distribuisce questi fra i malati? Sanno leggere gli infermieri le prescrizioni delle medicine, in cui è stabilito l'uso loro? In che consiste lo stipendio di tutte le nominate persone? Hanno queste in iscritto oppure in istampa indicate le loro istruzioni ed i loro doveri di servizio? Ed in che consistono i medesimi? Sono descritte convenientemente dai medici dello spedale le malattie straordinarie ovvero specialmente importanti pel medico, come pure le epidemiche che accadono nello spedale? Si trovano nello spedale le raccolte scritte di tutte queste osservazioni, od alcuni preparati anatomici necessarj per l'istruzione de' giovani medici e chirurghi, come p. e. gli scheletri di ogni età e sesso ecc. ecc.? Che accade de' malati trasferiti dopo le vittime mediche e chirurgiche nello spedale? Si tengono presso i malati le necessarie guardie notturne e con quali persone? Evvi un medico, od un chirurgo nella casa, che in tempo di notte sia pronto ad accorrere negli importanti peggioramenti al soccorso de' malati? Sono indicati giornalmente in una nota a coloro che vegliano, i nomi ed i letti de' malati che sono specialmente in pericolo della vita?

§ 17. Sono determinate le malattie secondo la natura loro su di una tabella appesa al letto? Si tiene un esatto registro di tutti gli accidenti che avvengono nello spedale? Si rimarca specialmente la pellagra che regna in alcuni dei nostri contorni, allorché dessa succede?

§ 18. Havvi un luogo conveniente per la spezieria? E sono le sostanze vegetabili medicamentose ed altri oggetti conservati in un luogo asciutto? È fornita la spezieria di buoni e sufficienti utensili, e si tiene di essi un esatto elenco? Come sono preparati i medicinali? Quante volte sono i medesimi somministrati ai malati? E secondo quale *dispensatorium*

sono dessi preparati? Quale prezzo vi è stabilito? Ove e come si provvede la spezieria de' necessarj medicinali tanto semplici quanto composti? A quanto sale probabilmente l'annua spesa pei medesimi? Di quai vasi si serve lo speziale per preparare e conservare le sostanze medicinali? Quante volte nell'anno ed in qual maniera e da chi sono tenuti i conti per le medicine somministratesi, e da chi presentati? Secondo quale prescrizione sono somministrate dalla spezieria dello spedale le medicine ai malati esteri e sotto quali condizioni sono esedate? Quali cautele si usano affinché gli effettivamente poveri godano di questo vantaggio e la spezieria non ne diventi troppo sprovvista? Si permette nella medesima l'accesso alle persone che non vi dovrebbero essere tollerate?

§ 19. A che sale l'annua rendita della spezieria, detratte le spese? Havvi a rimarcare guadagno oppure perdita? Esistono per certe classi di malati redditi oppure speciali assegnamenti, la di cui consistenza non sia stata ancora verificata; e perché?

§ 20. È tenuto un libro di condotta in riguardo alle persone di servizio dello spedale? Come sono punite le trasgressioni degli allievi chirurgici, de' giovani di spezieria, oppure degli infermieri? Ottengono una ricompensa coloro che più di distinguono nel servizio de' malati? Sono gli allievi sufficientemente impiegati per la loro istruzione e pel loro perfezionamento? È fornito lo spedale de' necessari libri elementari, chirurgici o farmaceutici? Si occupano i medici sperimentati, che sono impiegati nello spedale, della formazione scientifica dei giovani praticanti?

Le risposte a questi dettagliatissimi quesiti avrebbero permesso di ottenere una messe di dati sufficiente a dettagliare lo stato dell'assistenza ospedaliera lombarda, in tutte le sue articolazioni. Nessun ambito era stato tralasciato: da quello scientifico a quello assistenziale; da quello tecnico a quello edilizio; da quello gestionale a quello formativo; da quello normativo a quello programmatico.

1.13 L'inchiesta sulla sanità territoriale di Frank

Oltre a quella ospedaliera esisteva anche la realtà dell'assistenza territoriale. Essa veniva posta in carico a specifiche istituzioni, il cui legame con quelle ospedaliere era dinamico e variabile. Anche verso tali istituzioni si appuntò l'attenzione di Frank, con la proposizione di un altro, specifico questionario.

§ 1. Vi hanno speciali lasciti coi quali possano essere pagati i medicinali necessarj pei poveri malati?

§ 2. Quai paesi e quali persone possono godere di questa beneficenza?

§ 3. Quali sono le regole in forza delle quali si possa ottenere, che solo le persone veramente bisognose abbiano a goderne?

§ 4. A quanto sale la spesa annua per tale oggetto, e supera essa la rendita annua oppure questa è maggiore delle spese?

§ 5. Sono stabiliti medici e chirurghi approvati pel servizio dei malati poveri? Qual è il loro soldo, e chi deve pagarglielo?

§ 6. Quale speciale provvede questi malati di medicinali? Quale è il prezzo stabilito ai medesimi? E chi deve rivedere i conti dello speciale?

§ 7. Godono anche gli esposti di questo vantaggio? Oppure ne hanno essi profittato nei tempi passati?

§ 8. Si dà ai malati poveri pel loro sostentamento, oltre i medicinali, anche una elemosina in denaro, oppure gli alimenti?

Si rileva, in questo caso, una maggiore attenzione agli aspetti gestionali e di controllo. Si deve considerare che lo stato dell'assistenza territoriale era differente da quello attuale: solo nelle più grandi città di potevano rilevare istituzioni assistenziali strutturate territorialmente. La struttura e la regolamentazione assistenziale territoriale subirono lente modifiche nei secoli successivi.

1.14 Razionale e pratici riscontri

A un superficiale esame, potremmo trovarci di fronte a una delle tante (o poche) rilevazioni, destinate a restare *lettera morta* o a essere poste nell'oblio degli archivi. In realtà, noi dobbiamo leggerle anche in rapporto alle visite ispettive che da esse sarebbero conseguite. Frank aveva infatti ben presente che il passo successivo doveva obbligatoriamente essere rappresentato dalle visite ispettive in ogni singolo ospedale o istituzione. Ciò avrebbe potuto significare anche la denuncia e la correzione delle storture evidenziabili, con la sanzione dei tratti di responsabilità per gli amministratori.

La visita ispettiva sarebbe stato un punto di non ritorno: anche per questo Frank confidava che l'invio e la compilazione dei questionari potesse rappresentare l'occasione di sanare le carenze prima dell'irrogazione di provvedimenti irrevocabili: «Del resto una parte non insignificante di quesiti fatti fu specialmente eseguita, onde anche prima delle mie visite togliere certi disordini, che io desiderava di non iscorgere e dovere rimproverare».

Uno dei punti più spinosi da regolamentare era quello dello stato delle spezierie: Frank aveva ben presente le enormi difficoltà che avrebbe incontrato nell'instaurare una corretta gestione dei farmaci, ma le sue parole potevano attagliarsi a tutta la sua opera riformatrice in ambito sanitario: «Era pertanto un'impresa di non poco momento il voler togliere tanti disordini ed abusi, ed era facile il prevedere che l'uomo straniero al quale era stato affidato dal Governo un tale affare, avrebbe incontrato nell'esecuzione tutti i possibili impedimenti».

1.15 Il Piano di Regolamento del Direttorio Medico-Chirurgico di Pavia

Quale sarebbe stato l'organo di verifica, indirizzo, controllo del sistema sanitario (perché di un autentico sistema sanitario si trattava)? Al Direttorio Medico-Chirurgico di Pavia, appositamente costituito, sarebbero state affidate tutte le competenze relative alla medicina, chirurgia, farmacia delle città, borghi, luoghi e dipendenze del Ducato di Milano e di quello di Mantova.

Oltre alle norme interne, relative al funzionamento del Direttorio, con votazioni sempre prese a maggioranza e quorum di presenza qualificata, si può segnalare l'obbligo ispettivo quinquennale delle farmacie e degli ospedali, oltre a quelle straordinarie e a quelle *improvvisate*, cioè intraprese autonomamente (per evitare fughe di notizie preventive), purché correlate di successiva relazione indirizzata al Direttorio.

Era prevista una programmazione per la copertura del fabbisogno assistenziale (medico, chirurgico, ostetrico) sul territorio. Era determinata anche una particolare attenzione alla sostenibilità del sistema, poiché si operava in un regime di risorse economiche limitate.

A riguardo degli aspetti normativi, si possono ricordare le attività di validazione (nei termini di un vero collegio professionale), così come i controlli su tutte quelle figure, che potevano porsi ai margini di una formazione scientificamente validata (ciarlatani, empirici, operatori, oculisti, erniotomi, litotomi, cavadenti): le dovute eccezioni sarebbero state valutate caso per caso. Era poi previsto che il detentore di metodi di guarigione particolari potesse richiederne al Direttorio la validazione: essa era condizionata all'attuazione di una sperimentazione ospedaliera, condotta con la massima prudenza, e avente esito positivo. Era infine prevista la cura dell'aggiornamento scientifico, anche con la pubblicazione di una rivista, gli *Acta Medico-Chirurgica Insubriae* (che dai repertori consultati non risulta essere stata pubblicata).

Il lavoro di Johann Peter Frank e le riforme sanitarie teresiano-giuseppine rappresentano non solo un esempio di moderna regolamentazione, programmazione sanitaria, ma possono ancora oggi essere considerate, almeno per le nostre Regioni, il fondamento della sanità pubblica moderna.

1.16 Uomini e bestie

Le istituzioni sanitarie contribuirono a formare il panorama rurale lombardo? La risposta è affermativa e il paesaggio lombardo non sarebbe tale, senza l'intervento plurisecolare del maggiore proprietario fondiario: l'Ospedale Maggiore di Milano. Si pensi alle cascine, alle case coloniche, alle stalle, solo per ricordare le abitazioni degli uomini e degli animali. In questi luoghi particolari convergevano diversi professionisti sanitari: il medico, il chirurgo, la levatrice, il veterinario (Porro, 2016).

La stretta correlazione fra località, amministrazione ospedaliera, comunità può essere ricordata da un singolare episodio di metà Ottocento, coinvolgente un medico condotto di Fallavecchia di Besate (MI), borgo interamente di proprietà dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Nella primavera del 1842, si aprì il concorso per il posto di medico condotto. L'agente locale dell'Ospedale Maggiore, in qualità di rappresentante della proprietà, votò secondo le istruzioni ricevute dall'Amministrazione milanese; tuttavia, fu eletto un diverso candidato, che non godeva della fiducia dell'Ospedale Maggiore. L'amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Milano prese atto della nomina solo dopo qualche mese di discussioni, poiché il collegamento con l'Ospedale Maggiore di Milano rendeva quel medico condotto differente da molti suoi colleghi impegnati nell'assistenza nel mondo rurale.

Nella nostra regione la zootecnia, specialmente nei territori della *Bassa* ha da sempre rappresentato e rappresenta un punto di forza economico. Nel 1749 Martino Ghisi (1715-94), un medico di Soresina, descrisse la difterite dell'uomo in modo completo (Ghisi, 1749). Questa descrizione è comunemente accettata dagli storici come un dato di fatto, ma è anche l'espressione di un periodo speciale per la medicina e la chirurgia a Cremona: Paolo Valcarengi (1705-80), Giuseppe Sonsis (1737-1808), Giuseppe Bianchi (1730 ca.-1790 circa) e lo stesso Ghisi introdussero aspetti di modernità e razionalità nella medicina e nella chirurgia cremonesi. Valcarengi, Bianchi e Ghisi erano stati studenti della scuola di chirurgia fiorentina all'ospedale di Santa Maria Nuova. Il rapporto tra medicina umana e medicina veterinaria è chiaro: Ghisi aveva già studiato le malattie che colpiscono il bestiame cremonese e aveva inviato una relazione al medico bresciano Francesco Roncalli Parolino (1692-69). Roncalli pubblicò il rapporto di Ghisi nel 1747, nel suo monumentale libro intitolato *Europae medicina*. Poi, nel 1749, Ghisi riferì le sue osservazioni (date 1747 e 1748) riguardanti l'angina maligna umana, simile a quella del bestiame. Egli l'aveva osservata nelle mucche soresinesi e cremonesi, ma l'aveva constatata similmente anche in suo figlio e in molti altri pazienti della città di Cremona. Questo episodio è importante, anche e soprattutto perché la prima descrizione della difterite umana è il risultato della sinergia tra medicina animale e medicina umana (Porro et al., 2017).

Verso la fine del secolo XVIII le mucche tornarono alla ribalta: questa volta in un senso positivo. Dalle loro mammelle ammalate si estraeva il pus che consentiva di proteggersi dal vaiolo umano: era la pratica della vaccinazione proposta da Edward Jenner (1749-1823). Il medico varesino Luigi Sacco (1769-1836) fu nominato direttore generale della Vaccinazione nella Repubblica Cisalpina (poi Italiana, poi Regno d'Italia) e all'Ospedale Maggiore della capitale, Milano, fu assegnato il compito della validazione scientifica della nuova pratica vaccinale.

Doveva, però, essere impostata una campagna di sensibilizzazione, perché la popolazione aderisse, e si facesse vaccinare. La traduzione in lingua italiana di un'omelia scritta dal vescovo di Goldstat, nella quale si invitava a farsi vaccinare fu diffusa e usata come materiale di diffusione delle conoscenze presso i Parroci. Tramite la pubblica, ripetuta lettura, essa contribuì efficacemente allo sviluppo della pratica vaccinatoria.

Si trattò di un'imponente campagna di educazione sanitaria, che in un decennio (1800-1809) portò alla vaccinazione di oltre 1.500.000 persone (Sacco, 1809). Perché si ottenne questo strabiliante risultato? Perché la città di Goldstat non esisteva; non esisteva il vescovo, così come non esisteva l'Omelia. Tutto era stato ideato e realizzato da Luigi Sacco.

Quale la riflessione utile al giorno d'oggi? Sono a tutti noti i danni recentemente provocati da improprie campagne in tema vaccinale. La situazione di quegli anni lontani era identica a quella attuale (compreso lo spregiudicato uso dei mezzi di comunicazione da parte dei contrari alle vaccinazioni). Solo un'attentissima validazione scientifica, una corretta predisposizione delle strategie comunicative, una conseguente adozione dei migliori strumenti e canali di comunicazione aveva consentito alla vaccinazione di diffondersi e di imporsi con la bontà dei fatti e dei risultati.

1.17 Vengo anch'io? No, tu no!

L'esperienza ci insegna che i governi militari riflettono, prospettano, inducono profonde crisi sociali, politiche, economiche. Se riandiamo al periodo successivo al 1848, dopo la sgangherata (data l'infausta conclusione per il Regno Sardo) prima guerra detta d'indipendenza, il governo militare del Conte Johann Josef Radetzky von Radetz (1766-1858) non solo non interruppe lo svolgimento dell'istruzione superiore, ma garantì una forma d'istruzione medico chirurgica integrata, decentrata, accreditata, ospedaliera (Porro, 2012). Il governo militare consentì che, pur restando chiusa la Facoltà Medica a Pavia (e a Padova), gli studenti potessero continuare il loro tirocinio e di fatto anche i loro studi altrove, in ospedali a tal fine accreditati: un sistema che in precedenza era stato sperimentato con successo a Napoli (e anche, parzialmente, nel Piemonte dell'età napoleonica).

La struttura accreditante era pronta e disponibile: si trattava dell'Università di Pavia (giacché la chiusura dei suoi corsi non portava con sé la sospensione delle attività amministrative e scientifiche). L'accreditamento non si risolveva nell'atto in sé e per sé, ma si caratterizzava come un processo di continui controlli e valutazioni delle procedure e dei risultati.

La seconda caratteristica del modello era quella del decentramento. Dove aveva sede la formazione, posto che all'università pavese non era consentita un'attività didattica tradizionale? Si pensò di affiancare alla tradizionale sede d'insegnamento universitario pavese (che non cessò dai suoi compiti, soprattutto in termini di validazione *ex ante* ed *ex post*) altre sedi che potessero garantire strutture didattico-formative e personale docente valido e qualificato.

Il primo livello fu identificato nelle città capoluogo di Provincia (Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Lodi e Crema, Mantova, Milano, Sondrio), nelle quali erano presenti strutture sanitarie di elevato livello. In queste città furono di norma garantiti corsi completi (con la presenza di tutte le annualità previste) di insegnamento medico-chirurgico-farmaceutico, attraverso forme associative peculiari.

Tale possibilità venne estesa anche ai comuni capoluogo di distretto, purché dotati di valide strutture sanitarie: spesso esse furono sede di segmenti (relativi anche a singole annualità) dei corsi di insegnamento medico-chirurgico-farmaceutico modulati in ragione delle particolarità locali. Per quanto concerne la formazione in campo farmaceutico quali sedi di insegnamento vennero accreditate anche farmacie che, pur se situate in centri minori, furono riconosciute come officine farmaceutiche qualificate.

La terza caratteristica da considerare era quella ospedaliera. Non tutti i centri di cure mediche potevano essere sede di insegnamento, e quelle prescelte dovevano possedere almeno medici e chirurghi primari, oltre al Direttore, ed essere convenientemente organizzate. A seconda dell'organizzazione potevano essere attivati, come già ricordato, segmenti dei corsi di insegnamento ovvero corsi completi medico-chirurgico-farmaceutici.

Ricordato quanto più sopra espresso per i corsi medico-chirurgico-farmaceutici a proposito del coinvolgimento delle strutture territoriali, come si andò costruendo la macchina formativa? Si trattava di organizzare un insegnamento di tipo privato (secondo i concetti d'epoca, già richiamati). Innanzi tutto, i Professori dell'Università di Pavia (come anche i colleghi patavini) erano considerati *ipso facto* insegnanti privati, ma dovevano uniformarsi alle discipline particolari prescritte dalle autorità. Chiunque altro ambisse all'esercizio dell'insegnamento privato avrebbe dovuto sottoporsi a uno specifico percorso di accreditamento, che iniziava con un'istanza, corredata di tutta la documentazione ritenuta utile, da inoltrarsi presso l'I.R. Delegazione Provinciale, la quale operava un primo filtro, anche se piuttosto lasso, incentrato sull'analisi delle «qualità personali» del candidato.

Alcune caratteristiche della formazione, quali il ridotto numero di allievi per docente (non superiore a 8), l'obbligo di esercitazioni pratiche ospedaliere, la documentazione e rendicontazione di ogni attività didattico-formativa erano peculiari e ciò poteva consentire anche una sorta di controllo da parte dei fruitori dell'attività formativa. Era prevista anche libertà di scelta nell'accesso all'offerta formativa, attraverso la formalizzazione preventiva della scelta del docente a cui indirizzarsi: nelle città più grandi, dove dovevano necessariamente essere presenti più docenti abilitati per la stessa disciplina, tale scelta era materialmente possibile. La scelta non era solo interna al proprio ambito provinciale, poiché era sempre possibile accedere a una qualsiasi sede di istruzione superiore nei territori dell'Impero: la scelta di seguire i corsi nelle strutture situate in Lombardia o in quelle situate nel Veneto era limitata soltanto, *de facto*, dal contingentamento del numero dei discenti per docente, che abbiamo visto essere in numero massimo di otto.

Dal punto di vista del discente, la qualità dell'insegnamento non scemava: erano possibili i riscontri di imparzialità nella selezione dei docenti e nella valutazione di profitto, il profilo della carriera accademica era perfettamente congruente con le normative e le prassi universitarie, così come i titoli rilasciati.

Dal punto di vista, invece, del ruolo giocato dai privati in questo modello formativo, esso si esplicava soprattutto nell'ambito farmaceutico.

Il rilevante caso che qui ci interessa ricordare ci porta nel territorio dell'ex-Ducato di Mantova: si tratta di una realtà del tutto particolare, connotata fra l'altro da una relevantissima presenza ebraica. Essa era il frutto di secolare ospitalità che aveva sviluppato opportune condizioni di vita, sicché quella mantovana si era strutturata come la più numerosa e attiva comunità presente sui territori lombardi.

Le necessità di assistenza sanitaria per un numero di abitanti di religione ebraica superiore ai 2000 ben giustificava la presenza di un ospedale israelitico, sicché anche dalla co-

munità ebraica vi furono richieste per ottenere la patente di autorizzazione all'insegnamento privato. Fu il caso di Viviano Leon Finzi, Maestro in Farmacia e di Leon Vita Finzi, Dottore in Medicina e Chirurgia, che risultano negli elenchi degli approvati. Tuttavia, fu loro concessa un'autorizzazione condizionata all'esercizio da prestarsi esclusivamente in favore dei cor-religionari.

Questa anomalia fu immediatamente contestata e tale limitazione fu ben presto eliminata: da Vienna giunse l'ordine perentorio di rettifica dell'autorizzazione, perché quella limitazione era ritenuta discriminatoria e contraria alle nuove libertà sancite costituzionalmente. Anche nel cosiddetto *Quadrilatero*, il governo militare doveva piegarsi ai nuovi venti di libertà individuale, seppur in maniera limitata (Porro et al., 2008). Questa vicenda ci invita a riflettere sulla compresenza di diverse culture e tradizioni, che la sanità deve rispettare.

1.18 Scarpe grosse e cervello fino

Filippo Lussana (1820-1897) (Berbenni e Lorusso, 2008), bergamasco (Porro e Falconi, 2012), neurofisiologo illustre del XIX secolo (Lorusso et al., 2012), iniziò la sua carriera come medico condotto nelle valli bergamasche. Le sue osservazioni casistiche nelle popolazioni rurali valligiane e la sua esperienza di medico condotto gli sarebbero state compagne in tutta l'evoluzione della sua carriera scientifica e accademica.

La condizione di medico condotto era comune a un gran numero di giovani neolaureati, caratterizzata non solo da precarietà e sacrificio, ma anche dalla possibilità di vivere esperienze uniche, cementanti la dimensione sociale di ogni atto medico (Franchini, 2008).

Nel caso di Lussana, dopo gli eventi del 1848, l'esperienza valligiana inizia a travalicare l'ambito locale, in una dimensione che la pone come esperienza irrinunciabile e fondamento metodologico dell'attività scientifica e assistenziale. La sua gestione dei piccoli ospedali locali (come quello di Gandino), unita alla peculiare casistica e all'impegno didattico-formativo, rende possibile la proposizione dei dati scientifici relativi anche a un più vasto pubblico scientifico.

Al di là della rilevanza della casistica (e della difficoltà del reperimento delle testimonianze, spesso disperse nella letteratura scientifica) si deve sottolineare che l'impegno sociale non poteva essere disgiunto da questa esperienza scientifica e assistenziale a contatto con la popolazione rurale. Perché anche dalla lontana Padova, dove aveva raggiunto una posizione scientifica di rilievo internazionale, Lussana può rendersi utile alla sua gente (e non solo), diffondendo in forma utile alla divulgazione scientifica, importanti nozioni di fisiologia e di igiene.

Nel caso di Lussana emerge, per usare un termine moderno, la centralità del medico di medicina generale non solo nell'ambito assistenziale, ma anche in quello formativo. Lussana, medico condotto, fu coinvolto nel già citato biennio di formazione universitaria decentrata: anche oggi si è imposta l'obbligatorietà di un periodo di formazione presso i MMG per accedere all'esame di abilitazione professionale.

Anche altri medici condotti si distinsero in quest'opera, nella Lombardia ottocentesca: si pensi al Brianzolo Luigi Ripa (m. 1884), che si distinse al tempo per la difesa delle prerogative dei medici condotti (Sironi e Riva, 2011). Tutto ciò dimostra la ineludibilità della valorizzazione del ruolo del MMG per lo sviluppo di una sanità moderna, efficace e umana.

1.19 Tutto cambia, niente cambia

Nel 1918-19 si presentò una pandemia che mise a dura prova l'organizzazione sanitaria e richiamò le grandi *poussées* del passato: si trattava dell'influenza cosiddetta *spagnola*. L'ultima riaccensione influenzale di un certo rilievo si era diffusa dall'Impero Russo nel 1890 per giungere in breve anche nelle nostre Regioni, ma di essa rimaneva il ricordo di una sostanziale bassa gravità (almeno per i criteri propri del periodo della Grande Guerra). Possiamo valutare gli avvenimenti di quel periodo attraverso le cronache milanesi del tempo.

Il giorno 19 settembre 1918 sul fronte del Fiume Piave non avvennero fatti militari rilevanti, così i *sussurri* intorno alla *grippe spagnola* provocarono un intervento ufficiale di Guido Bordoni-Uffreduzzi (1859-1943), che era il Medico-capo del Comune. In un'intervista pubblicata sul *Corriere della Sera* l'autorevole medico affrontò l'argomento della condizione sanitaria della città, iniziando a minimizzare le cifre della mortalità, che avevano allarmato la popolazione, riferendole ad altre patologie, di tipo gastrointestinale.

Però alla domanda specifica sulla *grippe* l'intervistato non poté minimizzare la situazione: si trattava di una vera *pandemia* mentre i casi che erano stati precedentemente osservati erano definiti come *sporadici*. Arrestare il decorso dell'influenza non era possibile, a causa della rapidità della propagazione; l'obiettivo era il limitarne la diffusione.

A livello collettivo si proponeva di isolare gli ammalati, evitare gli affollamenti specialmente nelle comunità, disinfettare gli ambienti. A livello individuale si proponeva di evitare i contatti con gli ammalati e i convalescenti, gli spostamenti e i viaggi non necessari, cercando però di mantenere più che fosse possibile le abitudini di vita quotidiane. Era consigliato di lavarsi le mani più volte al giorno e di proteggere in qualche modo l'orofaringe con l'uso di collutori blandamente disinfettanti.

Dal livello centrale venivano pressanti inviti a minimizzare, mentre a livello milanese la situazione era ben diversa: mancavano medici sul territorio; la denuncia dei casi era difficoltosa; la mortalità era salita in un giorno a 150 casi; i seppellimenti erano ostacolati dalla mancanza di personale; negli uffici pubblici si formavano lunghe file di persone.

Così si annunciavano provvedimenti drastici: la chiusura dei cinematografi, l'allungamento dell'orario di servizio delle farmacie, l'aumento del personale sanitario grazie alla collaborazione dei medici e dei farmacisti militari. Si proponeva il miglioramento dell'assistenza medica a domicilio, il richiamo in servizio dei medici pensionati, la precettazione dei liberi professionisti, la disinfezione sistematica e regolare degli uffici pubblici, dei luoghi di riunione e dei teatri. Nelle scuole andava evitato l'agglomeramento di persone e le lezioni e gli esami erano stati rimandati. La stima dei casi cittadini, in assenza di rilevazioni precise, era

di 70.000 persone; tale numero veniva indicato come indice di *andamento benigno* della malattia; comunque, un ospedale militare (in piazza Fratelli Bandiera) era stato convertito in ospedale civile, alle dipendenze dell'Ospedale Maggiore.

Furono proibite le visite ai degenti dei principali ospedali cittadini e agli ospiti del Pio Albergo Trivulzio, mentre la chiusura dei bar e delle osterie incontrava fortissime resistenze, così come la limitazione all'accesso delle persone ai trasporti pubblici urbani. Nel giro di un mese situazione si fece via via più preoccupante e nonostante le autorità cercassero di minimizzarne la portata, i consulenti sanitari, come Luigi Mangiagalli (1850-1928) le sensibilizzarono sulla necessità di dotare il personale assistenziale di adeguati dispositivi di protezione: bavagli, guanti, oltre al lavaggio delle mani e sulla necessità di imporre un effettivo distanziamento sociale. Fu decisa la chiusura serale delle osterie, la sospensione dei cortei funebri, il suono delle campane, i segni funebri esteriori come la chiusura dei portoni in segno di lutto, l'accesso limitato ai mezzi di trasporto pubblico. Anche al Manicomio Provinciale di Mombello furono sospese le visite.

Quanto alla terapia, fra i farmaci a disposizione, i primi sperimentati furono il *chinino* e l'*aspirina*. Era stata posta in atto una sperimentazione sull'efficacia profilattica del chinino, su un campione di 700 infermiere dell'Ospedale Maggiore e il risultato era stato negativo; si consigliava di non distogliere il chinino dal suo uso principale come antimalarico. A proposito del personale assistenziale dell'Ospedale Maggiore, esso svolgeva la sua attività con abnegazione, benché già si segnalassero, oltre a un considerevole numero di ammalati, i primi morti.

A metà ottobre si riconosceva la situazione così seria da imporre misure di maggiore ospedalizzazione e assistenza medica domiciliare; gli oltre 1000 posti letto garantiti dalla riconversione dell'Ospedale militare di piazza Fratelli Bandiera non sarebbero stati sufficienti e se ne chiedevano almeno altri 4000-5000. Così il giorno 20 ottobre 1918 il Pio Albergo Trivulzio mise a disposizione la sua struttura per accogliere i malati di influenza; il problema da risolvere era principalmente quello della scelta oculata degli ammalati da trasferire: «ciò permetterà di spedalizzare subito un migliaio di ammalati, scegliendoli fra quelli il cui ricovero è più consigliabile, sia per le condizioni proprie che per quelle della famiglia e dell'ambiente in cui vivono» («L'influenza», *Corriere della Sera*, 20 ottobre 1918, p. 3). Il risultato fu disastroso, per gli ospiti della benemerita istituzione assistenziale milanese.

Poi arrivò la pace, il giorno 8 novembre furono allentate le misure, ma alla fine dell'anno, il 29 dicembre, si dava notizia di una possibile riaccensione dell'epidemia: era in arrivo una nuova ondata, che si estinse dopo qualche mese, a primavera inoltrata del 1919. L'unica speranza era riposta nella vaccinazione.

Gli ultimi giorni del mese di febbraio 2020 hanno rappresentato e rappresentano una cesura, un termine *post quem* (o *ante quem*, se si preferisce) che delimita e definisce due mondi apparentemente separati, brutalmente e repentinamente. Come spesso avvenuto nei secoli passati, l'evenienza pandemica scompaginava e ha scompaginato il banco sul quale stavano più o meno allineate le nostre certezze, ponendo i superstiti di fronte alla necessità di costruire *ex novo*. Le nostre generazioni, che avevano vissuto i racconti dei grandi drammi

del Novecento nelle parole dei padri (o dei nonni) non avevano incontrato, se non in misura incidentale e residuale, l'esperienza dell'epidemia o della pandemia. La disponibilità di presidi terapeutici ci aveva fatto dimenticare che, in realtà, le epidemie per secoli avevano bussato agli usci delle nostre case con cadenza all'incirca decennale e anche le pandemie erano ben più frequenti di quanto non si pensi (Corradi, 1865-94).

Le cronache del 1918-19 sono coincidenti in modo assoluto con quelle del 2020-21: riscontriamo le stesse strategie, gli stessi errori, le stesse incertezze. Fortunatamente l'evoluzione tecnologica e le disponibilità terapeutiche ci hanno consentito di contrastare con maggiori risultati la pandemia, anche se la storia ci dice, comparando le due pandemie, che «tutto cambia, niente cambia» (Franchini et al., 2020).

1.20 Oltre le montagne

Il modello sanitario lombardo può essere inserito fra i paradigmi da prendere in attenta considerazione e comparazione? La storia recente ci indirizza a una risposta affermativa. Nell'aprile 2019 una delegazione tecnica del Ministero della Salute del Regno dell'Arabia Saudita ha visitato le principali strutture sanitarie lombarde, nell'ambito dell'analisi di alcuni sistemi sanitari eligibili per l'applicazione e la sperimentazione nelle diverse aree del Regno.

Tuttavia, anche in passato il modello lombardo fu un modello di riferimento, applicato anche al di là delle Alpi. Fin dalla sua fondazione, l'Ospedale Maggiore di Milano il più grande e bello d'Europa (Calvi e Perassi, 2015) fu oggetto d'interesse e di imitazione nella costruzione (ciò avvenne, per esempio, a Lione). E questo connubio di bellezza, carità e assistenza (Porro e Lorusso, 2018) faceva dell'Ospedale Maggiore di Milano una delle mete ineludibili dei cosiddetti *Grand Tour*, che portavano nella penisola italiana uomini e culture ultramontane (Visioni, 2008). Cittadini milanesi e visitatori forestieri (Figliuolo et al., 2018), rimanevano incantati dalla maestosa funzionalità e integrazione assistenziale: alla tecnica si univano i contenuti simbolici e ideali.

Oggi, si tratta non solo di riportare alla luce fatti, uomini, vicende, luoghi impolverati dall'oblio, ma di ricordare agli amministratori dell'attualità, che siamo tutti anelli di una lunga catena. Perché essa funzioni al meglio, anche in futuro, sarebbe opportuno non spezzarla, perché non possiamo fare a meno di confrontarci con l'eredità di chi ci ha preceduto e noi stessi saremo giudicati da chi verrà dopo di noi.

In sintesi

Quali che siano le convinzioni metodologiche, epistemologiche, storiografiche o le preferenze operative, tecniche, persino estetiche; sia che si pensi alla medicina come epifenomeno della sanità ovvero le si assegni una completa dignità autonoma; ovvero ancora si voglia declinare il passaggio dalla sanità alla salute, allorché ci si imbatte o ci si proponga di inserire nella discussione il dato storico, ci si trova inevitabilmente a dover fare i conti con un proble-

ma antico e persistente, quindi modernissimo. Si tratta del rapporto dialettico tra innovazione, modernità e tradizione; tra la spinta, talora incontrollabile, a fare, a perseguire il bene da un lato e la voce, l'insegnamento o il potenziale freno dell'esperienza dall'altro.

Molti possono essere gli esempi (non gli aneddoti) che dal tempo passato e dalle differenti realtà lombarde ci possono proporre utili spunti di riflessione per i moderni attori del management sanitario: essi ci indicano la persistenza di taluni problemi, intrinseci alla nostra umanità; ci ricordano le strategie poste in essere per risolverli; ci indicano i vicoli ciechi percorsi e gli errori commessi; ci mettono sotto gli occhi anche le soluzioni che si dimostrarono valide ed efficaci.

Oggi, si tratta non solo di riportare alla luce fatti, uomini, vicende luoghi impolverati dall'oblio, ma di ricordare agli amministratori dell'attualità, che siamo tutti anelli di una lunga catena. Perché essa funzioni al meglio, anche in futuro, sarebbe opportuno non spezzarla, perché non possiamo fare a meno di confrontarci con l'eredità di chi ci ha preceduto e noi stessi saremo giudicati da chi verrà dopo di noi.

Ripasso

1. *L'Ospedale Maggiore:*

- A. Accoglieva solo acuti
- B. Accoglieva solo cronici
- C. Accoglieva indifferentemente acuti e cronici
- D. Non accoglieva malati

2. *La formazione nel 1849-50 era:*

- A. Solo universitaria
- B. Solo ospedaliera
- C. Integrata
- D. Non accreditata

3. *Durante la pandemia di influenza «spagnola»:*

- A. Furono coinvolte le RSA
- B. Si fecero sperimentazioni terapeutiche
- C. Si chiusero cinema e teatri
- D. Tutte le precedenti

Riferimenti bibliografici

- Albini G. (1993), *Città e ospedali nella Lombardia medievale*, CLUEB, Bologna.
- Antonielli L. (2015), *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione della quotidianità*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Berbenni G., Lorusso L. (a cura di) (2008), *Filippo Lussana (1820-1897). Da Cenate alle Neuroscienze. Atti dell'incontro di studio, Cenate di Sopra, 26 maggio 2007*, Fondazione per la Storia Economica e Sociale di Bergamo, Bergamo.
- Calvi M.V., Perassi E. (2015), *Milano città delle culture*, Edizioni di Storia e Letteratura, Roma.
- Canetta P. (1883), *Storia del Pio Istituto di S. Corona di Milano*, Cogliati, Milano.
- Castelli G. (1939), *L'Ospedale Maggiore di Milano e la storia del «Perdono»*, Ceschina, Milano.
- Corradi A. (1865-1894), *Annali delle epidemie occorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850 compilati con varie note e dichiarazioni*, Gamberini e Parmeggiani, Bologna.
- Cosmacini G. (2002), *Milano capitale sanitaria*, Le Monnier, Firenze.
- Cosmacini G. (2018), *Salute e medicina a Milano. Sette secoli all'avanguardia*, Edizioni l'Ornitorinco, Milano.
- Cosmacini G., Gaudenzi G., Satolli R. (1996), *Dizionario di storia della salute*, Einaudi, Torino.
- Cristini C. (2013), *Il volontario della salute*, FrancoAngeli, Milano.
- De Luca G., Landoni M., Lorenzini M., Porro A., Vago G. (2019), «Per una storia economica della Sanità. Finanziare e gestire la Ca' Granda dall'Unità all'Età Liberale (1861-1914)», *Medicina Historica*, IV, 2020, suppl. n. 1, pp. 65-66.
- De Maddalena A., Rotelli E., Barbarisi G. (a cura di) (1982), *Economia, istituzioni, cultura nell'età di Maria Teresa*, Il Mulino, Bologna.
- Della Peruta F. (1989), *Sanità e Società 4. Veneto, Lombardia, Piemonte, Liguria. Secoli XVII-XX*, Casamassima, Udine.
- Figliuolo B., Di Meglio R., Ambrosio A. (2018), *Ingenita curiositas. Studi sull'Italia medievale per Giovanni Vitolo*, Laveglia e Carlone, Battipaglia.
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, PUF, Paris.
- Franchini A.F. (2008), «Essere medico condotto alla metà dell'Ottocento», in Berbeni G., Lorusso L. (a cura di), *Filippo Lussana (1820-1897). Da Cenate alle Neuroscienze. Atti dell'incontro di studio, Cenate di Sopra, 26 maggio 2007*, Fondazione per la Storia Economica e Sociale di Bergamo, Bergamo, pp. 57-70.
- Franchini A.F., Auxilia F., Galimberti P.M., Piga M.A., Castaldi S., Porro A. (2020), «Covid-19 and Spanish flu pandemic: All it changes, nothing changes», *Acta Biomedica Atenei Parmensi*, 91, n. 2, pp. 245-250.
- Frank J.P. (1825-1830), *Sistema compiuto di polizia medica*, Pirotta, Milano.
- Frank J.P. (1965), *Oratio academica de populorum miseria, morborum genitrice*, a cura di F. Grondona, Istituto di Storia della Medicina, Milano.

- Gazzini M., Olivieri A. [2016], *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo*, Firenze University Press, Firenze.
- Generali C. [2006], *La Società Ostetrica Cremonese (1898-1901)*, tesi di Laurea in Ostetricia – Università degli Studi di Brescia, Facoltà Di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea in Ostetricia, a.a. 2005-2006, rel. Prof. A. Porro.
- Ghisi M. [1749], *Lettere mediche [...] La prima delle quali tratta di varj mali, curati col Mercurio crudo E la seconda contiene l'istoria delle Angine Epidemiche degli anni 1747 e 1748.*, Ricchini, Cremona.
- Giovanni Alessandro Brambilla nella cultura medica del Settecento europeo [1980], Istituto Editoriale Cisalpino – La Goliardica, Milano.
- Grieco A.J., Sandri L. [1997], *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, Le Lettere, Firenze.
- Huguet-Termes T., Verdés- Pijuan P., Arrizabalaga J., Sanchez-Martinez M. [2014], *Ciudad y hospital en el Occidente Europeo. 1300-1700*, Editorial Milenio, Lleida.
- Keel O. [2001], *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe. 1750-1815. Politiques, institutions et savoirs*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- Levati S., Mori S. [2018], *Una storia di rigore e di passione. Saggi per Livio Antonielli*, FrancoAngeli, Milano.
- Lorusso L., Bravi G.O., Buzzetti S., Porro A. [2012], «Filippo Lussana (1820-1897): from medical practitioner to Neuroscience», *Neurological Sciences*, 33, n. 3, pp. 703-8.
- Pazzini A. [1966], *Origine e sviluppo della medicina sociale in Italia*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.
- Porro A. [2011], «Le professioni sanitarie non mediche: ostetriche, infermieri, assistenti sanitari, viglatrici d'infanzia, tecnici sanitari di radiologia medica», in Leoni V., Morandi M., *I professionisti a Cremona*, Associazione Professionisti della provincia di Cremona, Cremona, pp. 113-123.
- Porro A. [2012], «Un sorprendente caso di sussidiarietà ante litteram nella Lombardia austriaca: l'insegnamento della medicina decentrato in ospedali accreditati, 1848-1850», *Confronti*, n. 1, pp. 175-189.
- Porro A. [2014], *Disabilità, cura e riabilitazione. Un percorso storico. Contributi di Valentina Gazzaniga, Alessandro Porro, Antonia Francesca Franchini, Lorenzo Lorusso, Bruno Falconi, Paolo Maria Galimberti, Francesca Vannozi*, Aracne, Roma.
- Porro A. [2016], «Professioni e pratiche sanitarie in cascina tra Otto e Novecento: quattro piste di ricerca», in Ferrari M., Fumi, G., Morandi M., *Formare alle professioni. I saperi della cascina*, FrancoAngeli, Milano, pp. 124-135.
- Porro A. [2018], *Storie di fragilità e di forza nei secoli. Per una storia della fragilità*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Porro A., Cesa-Bianchi G., Cristini C. [2008], «Rivalutare la storia e le storie nelle istituzioni assistenziali: dall'ospizio dei vecchi alle RSA», *Giornale di Gerontologia*, 56, n. 5, p. 532.
- Porro A., Falconi B. [2008], «Dall'ospizio dei vecchi alle RSA: storia e storie», in Andreis G., Cesa-Bianchi M., Piumetti P., Risatti E., *Residenze per anziani: Misurare la qualità colorando le emozioni*, Editrice Percorsi, Savigliano, pp. 177-184.
- Porro A., Falconi B. [2012], «Filippo Lussana, Bergamasco», *Grafologia*, 28, n. 103, pp. 7-17.

Porro A., Falconi B., Franchini A.F. (2008), *Carlo Poma: una vita esemplare*, GAM Editrice, Rudiano.

Porro A., Falconi B., Lorusso L., Franchini A. F. (2017), «Medicina veterinaria e medicina dell'uomo nelle angine cremonesi del 1747-1748», *Medicina nei Secoli*, 29, n. 2, pp. 481-504.

Porro A., Franchini A.F. (2019), *L'aurora del bene. Gaetano Pini e gli esordi della Scuola dei rachitici di Milano (1873-1875)*, GAM, Rudiano.

Porro A., Lorusso L. (2018), *Medicina e assistenza in complessi religiosi, fra riuso e continuità*, Comunicazione presentata al Congresso su Arte, fede, memoria dei luoghi storico-religiosi. Missione tra origine e rigenerazione. Venezia, 7-8 giugno 2018, disponibile su http://www.scuolagrandesanmarco.it/docs/image/arte-fede-memoria-dei-luoghi-storico-religiosi-missione-tra-origine-e-rigenerazione---convegno/porro_lorusso_venezia_riuso_00004.docx (ultima consultazione 20 luglio 2021).

Rossi L.E. (1906), *Milano benefica e previdente. Cenni storici e statistici sulle istituzioni di beneficenza e di previdenza*, Tipografia Francesco Marcolli, Milano.

Sacco L. (1809), *Trattato di vaccinazione con osservazioni sul giavardo e vajuolo pecorino*, Mussi, Milano.

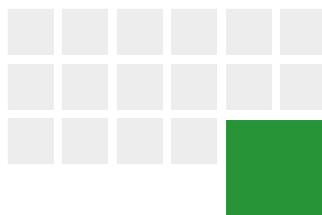
Sironi V.A., Riva M.A. (2011), *Medici in Brianza. Storia ed evoluzione di una professione*, Cattaneo, Oggiono.

Vaglianti F., Cattaneo C. (2010), «A medieval contribution to the history of legal medicine: the first European Necroscopic Registry», *International Journal of Legal Medicine*, 124, pp. 669-670.

Vaglianti F., Cattaneo C. (2013), *La Popolazione di Milano dal Rinascimento. Fonti documentarie e fonti materiali per un nuovo umanesimo scientifico*, Biblioteca Franceseana, Milano.

Villanueva Morte C., Conejo da Pena A., Villagrasa-Elias R. (2018), *Redes hospitalarias: historia, economía y sociología de la sanidad*, Institucion Fernando el Catolico, Zaragoza.

Visioni del Grand Tour dall'Ermitage (1640-1880). Paesaggi e gente d'Italia nelle collezioni russe (2008), Il Cigno Galileo Galilei, Roma.



2

La formazione manageriale socio-sanitaria obbligatoria: storia e questioni dell'esperienza lombarda

Andrea Cerana e Danila Lazzarini

2.1 Il governo multilivello della formazione manageriale

Come è noto, la riforma costituzionale del 2001 ha ribaltato il rapporto Stato-Regioni in relazione alle competenze legislative: mentre nel previgente sistema alle Regioni spettavano solo quelle competenze espressamente attribuite loro, nell'attuale sistema di riparto, è lo Stato che può legiferare solo nelle materie a esso riservate ex art. 117 Cost., mentre la Regione norma tutte le altre non contemplate. Resta, infine, rimessa alla legislazione concorrente Stato-Regioni un nucleo di materie in cui allo Stato spetta la definizione dei principi generali, mentre alla Regione la disciplina di dettaglio.

Proprio nell'ambito di tali materie, accanto alla tutela della salute, viene espressamente contemplata l'istruzione, salvo poi specificare che non costituisce materia a competenza concorrente la *formazione professionale*, nel cui ambito sembrerebbe annoverarsi la formazione manageriale obbligatoria. Da tale ultimo inciso costituzionale se ne ricaverebbe che è escluso l'intervento statale in materia di formazione professionale, considerazione che trova conferma nella legge n. 53/2003 la quale indica esplicitamente la formazione professionale come materia autonoma rispetto all'istruzione e affidata in toto alla legislazione regionale.

Nonostante la riforma costituzionale abbia indicato la Regione come normatore esclusivo della formazione professionale, la stretta correlazione tra formazione socio-sanitaria e tutela della salute, secondo una logica per cui la formazione dei professionisti che operano in ambito sociosanitario è condizione necessaria per una corretta salvaguardia del diritto alla salute, ha fatto sì che la materia in esame fosse, nei fatti, normata, analogamente alle materie a legislazione concorrente, in concertazione Stato-Regioni.

Resta invece, in forza del principio di sussidiarietà dell'azione amministrativa, ex art. 118 Cost., in capo alle Regioni dare attuazione ed esecuzione al disegno legislativo, salvo l'intervento della Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni (d'ora in poi Conferenza Stato-Regioni) per la «definizione degli interventi di armonizzazione tra obiettivi nazionali e regionali del sistema» (art. 143 c.1, D.lgs. n. 112/1998). È proprio lo strumento dell'intesa forte tra Stato e Regioni, a permettere ai sistemi regionali di restare ancorati a regole e principi comuni in ambito di formazione e non evolvere in maniera eccessivamente eterogenea gli uni rispetto agli altri.

Tratteggiato il quadro di governance multilivello, dove interventi statali e regionali concorrono a definire il sistema della formazione socio-sanitaria, risulta opportuno, prima di addentrarsi nelle specificità del sistema lombardo, partire dal quadro normativo nazionale, visto che l'intervento regionale può risultare legittimo nel limite in cui è conforme o quanto meno non incompatibile con le disposizioni statali.

2.2 La disciplina nazionale

All'acuirsi della crisi del neonato sistema sanitario nazionale, determinata, in larga parte, da una gestione spesso inefficiente delle risorse da parte delle Usl, il legislatore nazionale reagisce introducendo importanti cambiamenti attraverso il D.lgs. n. 502/1992, cambiamenti che ruotano intorno a logiche di efficientamento del sistema e razionalizzazione della spesa pubblica.

Con tale prima importante riforma del SSN non viene ancora affrontato il tema della formazione manageriale del professionista, ma certamente si gettano le fondamenta di una futura introduzione della figura del professionista manager, dal momento che, affinché le cariche verticistiche, che il D.lgs. 502 ha istituito, siano effettivamente in grado di impiegare razionalmente le risorse pubbliche, è necessario che abbiano le adeguate conoscenze manageriali per farlo.

A tale necessità formativa viene offerta una parziale risposta con il DPR n. 484/1997, il quale rivolgendosi sia alla direzione tecnico-sanitaria, i direttori sanitari (DS), sia alla dirigenza sanitaria di secondo livello, i dirigenti di struttura complessa (DSC), prevede la necessità per tali cariche di dotarsi di un'adeguata formazione di tipo manageriale.

Più nello specifico, l'art. 1 del DPR n. 484/1997 al primo comma prevede che: «l'incarico di direzione sanitaria aziendale è riservato ai medici di qualifica dirigenziale che [...] abbiano conseguito l'attestato di formazione manageriale», e ancora, aggiunge l'art. 5, c. 1, il conseguimento dell'attestato manageriale costituisce requisito per «l'accesso al secondo livello dirigenziale».

Come, poi, possa essere ottenuta tale certificazione lo chiarisce l'art. 7 c. 1, che dispone: «l'attestato di formazione manageriale si consegue con la frequenza ed il superamento dei corsi disciplinati dal presente regolamento. L'attestato ha una validità di sette anni dalla data del rilascio».

I corsi, prosegue, poi, l'art. 7, sono indetti con periodicità biennale, e hanno durata non inferiore a 100 ore.

Da tali disposizioni del DPR emerge come il direttore sanitario e il dirigente di struttura complessa debbano, per poter svolgere il loro incarico, dotarsi di una certificazione manageriale e che tale certificazione sia soggetta a scadenza ogni sette anni.

L'accesso al corso non è libero, ma riservato, ex art. 1, c. 5, «ai medici con un'anzianità di servizio di almeno tre anni nella direzione tecnico sanitaria in enti e strutture sanitarie, pubblico o private [...] ovvero a medici con una anzianità di servizio di almeno dieci anni»; requisiti d'accesso non sovrapponibili a quelli indicati ulteriormente all'art. 7, c. 2, che riserva tali corsi ai sanitari che possiedano «un'anzianità di servizio, alla data del bando, di almeno cinque anni». Tale formulazione è all'evidenza contraddittoria, non rendendo chiari i requisiti d'accesso al corso ma indicando, in un caso, un'anzianità di servizio non inferiore a tre anni, nell'altro, di almeno cinque.

Una possibile interpretazione di tale divergenza temporale rispetto all'esperienza professionale, potrebbe essere correlata al fatto che il corso manageriale oggetto del DPR 484/1997 può essere attivato sia per formare i medici aspiranti direttori sanitari (DS), o anche, i medici interessati alle selezioni per il II livello dirigenziale (DSC); nel primo caso (DS) per l'accesso al corso, risulterebbe consono richiedere un'anzianità di almeno tre anni nella direzione tecnico-sanitaria, a titolo di esempio nel ruolo di direttore sanitario, o anche di dirigente di struttura semplice o complessa, diversamente un'anzianità di servizio di almeno 10 anni. Nel secondo caso invece (DSC), trattandosi di dirigenti medici che non hanno ricoperto incarichi di direzione tecnico-sanitaria o dirigenziale (struttura semplice o complessa), potrebbe essere sufficiente richiedere un'anzianità di servizio di almeno 5 anni.

Con il D.lgs. n. 229/1999 che modifica e integra il D.lgs. n. 502/1992, il legislatore torna a occuparsi di formazione manageriale obbligatoria e lo fa con più disposizioni che riguardano i direttori sanitari (DS), i dirigenti di II livello (DSC) e i direttori generali (DG).

Per chi aspira al ruolo dirigenziale di II livello, la nuova normativa, differenziandosi da quanto previsto dal DPR n. 484/1997, non indica più il certificato manageriale come pre-requisito alla nomina, ma consente al professionista di formarsi managerialmente entro 12 mesi dalla stessa, art. 8, c. 8: «l'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 5, comma 1, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, come modificato dall'articolo 16-quinquies, deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico»; il mancato superamento del primo corso che la Regione mette a disposizione a seguito della nomina determina in capo al professionista la decadenza dall'incarico. È l'unico caso riscontrato in cui viene contemplata una specifica sanzione in caso di non partecipazione ai corsi di formazione manageriale obbligatori ovvero di loro mancato superamento.

Analogamente, il D.lgs. n. 502/1992 modificato con il D.lgs. n. 229/2000 dispone anche per il direttore sanitario, per il quale l'ex art. 16-quinquies, prevede che la formazione manageriale «è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni sanitarie», che «tale formazione si consegue dopo l'assunzione dell'incarico».

Tale disposizione, sembra propendere per consentire ai direttori sanitari di conseguire successivamente alla nomina la necessaria certificazione manageriale, rispetto al sopra citato art. 5, c. 1, DPR n. 484/1997 che annovera la certificazione come prerequisito all'accesso alla carica, ma nulla è specificato rispetto alla tempistica.

Il D.lgs. n. 502/1992 e succ. pone anche la questione relativa al pagamento diretto della quota di partecipazione ai corsi manageriali per DS e DSC e all'art. 16 quinquies, c. 4, cita: «*gli oneri connessi ai corsi sono a carico del personale interessato*», indicazione poi ripresa nell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2003, che riporta: «*la partecipazione ai corsi di formazione manageriale è subordinata al pagamento diretto, da parte del dirigente sanitario, di una quota di iscrizione, la cui entità è determinata dalla Regione e Provincia autonoma in base alle spese previste per la realizzazione dei corsi medesimi*».

Sulle scadenze e sull'organizzazione e la durata dei corsi per il conseguimento dei certificati manageriali, dobbiamo far riferimento oltre ai DS e DSC, anche agli aspiranti direttori generali (DG).

All'art. 3-bis, c. 4 del D.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, viene esteso l'obbligo di dotarsi di certificazione manageriale anche ai direttori generali i quali «devono produrre, entro 18 mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria» e l'organizzazione ed erogazione di tali corsi, con durata minima di 120 ore e periodicità biennale, è rimessa alle Regioni analogamente a quanto previsto dal DPR n. 484/1997 per i corsi per DS e DSC (durata minima 100 ore); è rinviato, invece, a successivo decreto del Ministero per la Sanità, a seguito di intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, un testo comune su contenuti e metodologie del corso di formazione.

L'1 agosto del 2000 il Ministero della Sanità, decreta infatti le modalità di massima di attuazione dei corsi di formazione manageriale che i direttori generali (DG) sono tenuti a frequentare, delineandone il contenuto, la metodologia didattica, organizzazione e durata minima.

L'intento governativo perseguito risulta evidente, evitare che le Regioni, nell'esercizio della loro autonomia, adottino corsi di formazione eccessivamente eterogenei, creando un sistema di formazione frazionato per Regione.

Identica esigenza di uniformare il più possibile il percorso formativo, pur lasciando spazio di autonomia all'amministrazione regionale, è quella che spinge le Regioni ad accordarsi sul percorso formativo da riservare alle dirigenze sanitarie, accordo che viene approvato nella Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio del 2003, con l'individuazione di «linee guida» condivise e comuni in materia di formazione del personale dirigenziale medico di II livello; tali linee guida saranno riprese nel prossimo paragrafo dedicato agli Accordi Stato-Regioni.

Infine, se il direttore generale, il direttore sanitario e il dirigente di struttura complessa hanno una specifica disciplina, ancorché non priva di contraddizioni, nulla di specifico è previsto riguardo il direttore amministrativo (DA).

L'art. 3, c. 3, D.lgs. 229/1999 di fatti dispone che «la regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto

per il direttore sanitario dall'art. 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'art. 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato».

È lasciata autonomia alle Regioni di decidere se per l'incarico del direttore amministrativo, sia richiesta una formazione manageriale analoga a quella per i DG (ex art. 3-bis del D.lgs. n. 502/1992 e succ.), oppure a quella per DS e DSC (ex art. 16 quinquies del D.lgs. n. 502/1992 e succ. e art. 7 del DPR 484/1997), o ancora una formazione *ad hoc*; non è chiaro se il conseguimento del certificato sia prerequisito per la nomina o se possa come la normativa sembra prevedere, essere conseguito come per i DG (entro 18 mesi), o i DSC (entro 12 mesi).

Fino al 2016, non si verificano ulteriori interventi legislativi nazionali né intese forti tra Stato e Regioni, ma proliferano gli interventi regionali, che danno attuazione in modo per lo più eterogeneo al dettato normativo nazionale.

Con il D.lgs. n. 171/2016 il legislatore nazionale interviene nuovamente sul percorso di formazione del direttore generale, abrogando l'art. 3-bis, D.lgs. n. 502/1992 che consentiva un termine di 18 mesi al nominato per conseguire il certificato manageriale e prevede come requisito per accedere all'elenco, non più regionale ma nazionale, l'aver già conseguito tale certificazione.

Con tale intervento normativo, non solo viene affermato in modo chiaro che il certificato di formazione manageriale è requisito per l'iscrizione all'elenco nazionale, ma si conferma quanto già previsto per la formazione del direttore amministrativo (DA) dall'art. 3, c. 3, D.lgs. 229/1999, ovvero che: «la regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'art. 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'art. 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato».

A completamento del quadro degli interventi legislativi a livello nazionale, è da richiamare l'Accordo Stato-Regioni che proprio al fine di attuare omogeneamente il D.lgs. n. 171/2016, il 16 maggio 2019 ha definito i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi di formazione per l'accesso alla carica di direttore generale al fine di raggiungere «un più elevato livello della formazione» [art. 1, c. 4, lett. c, D.lgs. n. 171/2016].

Tale ultimo Accordo interviene fissando l'attuale percorso formativo manageriale per i direttori generali e supera il richiamato decreto Sanità dell'1 agosto del 2000, in parte integrando e in parte innovando il precedente programma formativo.

In definitiva, l'attuale panorama legislativo impone alle Regioni il compito di predisporre corsi formativi riservati a chi ricopra o sia interessato a ricoprire il ruolo di dirigente di struttura complessa o di direttore generale d'azienda sanitaria.

Resta, invece, in larga parte rimesso alla discrezionalità regionale come organizzare i corsi per i soggetti normativamente tenuti a formarsi e stabilire, per i DA e DS, se la formazione costituisca prerequisito di accesso alla carica o il professionista possa formarsi anche successivamente alla nomina.

Anche su tali ultimi aspetti, organizzazione dei corsi e ruolo del certificato manageriale nell'accesso alla carica di DA e DS, verrà fornita un'analisi accurata della posizione lombarda, ma è bene ricordare che il panorama risulta fortemente eterogeneo e, pertanto, risulta opportuno dare sinteticamente conto di queste differenze.

Sotto il primo aspetto è possibile, ad oggi, distinguere due principali orientamenti.

Nel primo orientamento rientrano quelle Regioni che strutturano i corsi di formazione manageriale in due tipologie: «corsi DSC», che trovano fondamento normativo nel DPR n. 484, il cui superamento consente di conseguire il certificato per esercitare funzione di dirigente di struttura complessa; «corsi DIAS», normativamente fondati sui D.lgs. n. 502/992 e n. 171/2016, destinati a formare managerialmente tutti i componenti delle Direzioni strategiche, il cui superamento consente di ricoprire la carica di direttore d'azienda.

Del secondo orientamento fanno parte quelle Regioni che articolano la formazione, distinguendo tra formazione destinata ai sanitari, il cui superamento consente di acquisire certificazione idonea a ricoprire sia la carica di direttore sanitario (DS), che quella di dirigente di struttura complessa (DSC), e corsi DIAS, in cui il certificato di superamento consente di ricoprire il ruolo di direttore amministrativo e generale.

La Lombardia si colloca tendenzialmente nel primo orientamento, anche se, come meglio si avrà modo di apprezzare, recentemente ai citati corsi si è affiancato il c.d. corso integrativo.

È appena il caso di specificare che l'articolazione dei corsi secondo il primo o il secondo orientamento esposto non è privo di conseguenze pratiche, dal momento che a ciascun percorso formativo corrisponde una specifica certificazione; sarà ben possibile, quindi, che chi in un certo sistema svolge il ruolo di direttore sanitario non possa svolgere analoga funzione in altro sistema regionale senza dover dotarsi di apposita ulteriore certificazione.

Infine, è ancora una volta bene ribadire che tale articolazione è una classificazione semplificata del panorama regionale, dal momento che talune peculiarità regionali non consentono una loro riconduzione a nessuno dei due sistemi.

La discrezionalità lasciata alle Regioni, come anticipato, si riflette anche sullo stabilire, per i DA e DS, se la formazione costituisca prerequisito di accesso alla carica o se il professionista possa formarsi anche successivamente alla nomina; tale discrezionalità è legislativamente preclusa per l'accesso alla carica di DG e DSC. Infatti, l'intervento più dettagliato del legislatore nazionale riguardo alla formazione del DG e del DSC consente pacificamente di affermare che mentre per il legislatore nazionale il nominato DSC, ai sensi dell'art. 15, c. 8 D.lgs. n. 502/1992, ha un anno di tempo per formarsi e non decadere dall'incarico, con la riforma legislativa del 2016 il legislatore ha subordinato la possibilità di ricoprire la carica di DG all'essersi già «diplomato» managerialmente.

Se, però, la situazione è chiara per quanto attiene l'acquisizione della certificazione manageriale per il DSC e DG, non si può dire altrettanto per gli aspiranti DA e DS, riguardo ai quali sono riscontrabili tre principali orientamenti.

Vi è chi in primo luogo, come la Lombardia, ha deciso che la formazione manageriale non costituisca requisito d'accesso a tali cariche, ma consente l'acquisizione di tale certificazione anche successivamente alla nomina.

Vi è chi, in secondo luogo, ha ritenuto preferibile che l'accesso alla carica di DS sia subordinato al conseguimento del certificato di formazione manageriale, ma ha deciso che l'accesso alla carica di DA non richieda come requisito tale certificazione che può, invece, essere acquisita successivamente all'incarico.

Vi è, infine, chi subordina sia la nomina a DS che a DA all'acquisizione della certificazione manageriale.

2.3 Gli Accordi Stato-Regioni

L'accordo raggiunto in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni rappresenta lo strumento con il quale Governo e Regioni coordinano l'esercizio delle rispettive competenze e lo svolgimento di attività di interesse comune in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine realizzare obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa.

A tale strumento si è fatto ricorso, ad oggi, in tre occasioni (negli anni: 2000, 2003 e 2019) al fine di addivenire all'individuazione di una disciplina condivisa circa gli aspetti caratterizzanti della formazione manageriale.

Il primo Accordo registrato in materia, risale al 29 marzo 2000 e ha ad oggetto l'individuazione di una disciplina relativa alla formazione dei direttori generali di azienda sanitaria (DG). Tale Accordo viene recepito a livello governativo con l'approvazione del decreto Ministero della Sanità dell'1 agosto 2000.

In particolare, il decreto ribadisce il dettato normativo nazionale fissando con periodicità biennale l'organizzazione dei corsi da parte delle Regioni, i quali devono avere durata non inferiore alle 120 ore; i programmi formativi dei corsi per DG riguardano prioritariamente le tematiche riferite alle aree di sanità pubblica, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, gestione economico-finanziaria, risorse umane e organizzazione del lavoro. La didattica in presenza può essere integrata con la formazione a distanza per un massimo del 50% del monte orario; le certificazioni finali sono rilasciate sulla base di quanto attestato dai responsabili delle Regioni e delle Province autonome e dai legali rappresentanti delle istituzioni pubbliche o private accreditate che hanno tenuto i corsi.

A tale Accordo ne segue uno successivo il 10 luglio 2003, con cui Stato e Regioni individuano le «linee guida» da osservare nel regolare la formazione della dirigenza sanitaria di II livello (DSC); tali linee sono utili ai fini del riconoscimento reciproco tra Regioni delle attestazioni manageriali emesse per i DSC e individuano le condizioni di massima che devono essere garantite rispetto all'organizzazione ed erogazione dei corsi.

In tale accordo, diversamente da quanto contenuto nel DPR n. 484/1997 non si fa riferimento alla direzione sanitaria aziendale (DS) se non nella normativa richiamata del D.lgs. n. 502/1992 e succ. art. 16 quinquies che riguarda sia la formazione manageriale per la direzione sanitaria, sia quella per la dirigenza di II livello; non risulta pertanto chiaro se l'ambito di applicazione dell'Accordo sia riservato alla formazione dei soli dirigenti di struttura complessa, gli unici specificamente indicati come destinatari dello stesso, ovvero riguardi anche i direttori sanitari. Proprio la difficile intellegibilità dell'ambito di applicazione delle «linee guida» ha contribuito a causare la richiamata differenza nell'organizzazione dei corsi di formazione, dato che taluni, ritenendole applicabili a tutti i sanitari, hanno previsto un corso unico da riservare ai dirigenti sanitari, sia DS che DSC, mentre altri, ritenendo l'Accordo applicabile solo per la formazione dei dirigenti di struttura complessa, hanno regolato la formazione dei DS estendendo loro la disciplina prevista per i direttori generali (Regione Lombardia, come si vedrà nel prossimo paragrafo).

L'organizzazione dei corsi per la dirigenza di II livello, la cui durata minima è di 100 ore, analogamente all'Accordo precedente, è rimessa alle Regioni, le quali possono anche avvalersi delle università. Le tematiche prioritariamente affrontate sono afferenti a quattro macro moduli: organizzazione e gestione dei servizi sanitari, indicatori di qualità dei servizi – sanità pubblica, gestione delle risorse umane, criteri di finanziamento e agli elementi di bilancio e controllo; la didattica in presenza può essere integrata con la formazione a distanza per un massimo del 30% del monte orario.

Il superamento del corso e, di conseguenza, il rilascio della relativa certificazione è subordinato al superamento di un colloquio finale, unitamente alla discussione di un elaborato davanti a una apposita commissione costituita secondo le modalità individuate dalla Regione e della quale dovranno far parte, comunque, i docenti del corso. Il certificato di formazione manageriale rilasciato in copia unica, riporta secondo il modello allegato all'Accordo del 2003, la sottoscrizione del direttore del corso, del legale rappresentante dell'ente gestore e dell'assessore competente.

La Conferenza Stato-Regioni con l'Accordo del 16 maggio 2019, è tornata recentemente a occuparsi di formazione manageriale e lo ha fatto al fine di rivedere la disciplina della formazione da riservare agli aspiranti direttori generali (DG), superando in toto l'Accordo del 29 marzo 2000 (recepito con il decreto del Ministero della Sanità dell'1 agosto 2000).

In particolare, è previsto che le Regioni organizzino biennialmente i corsi, anche avvalendosi delle università o altri soggetti privati o pubblici previo accreditamento degli stessi, e che la durata dei corsi non possa essere inferiore a 200 ore e protrarsi per un periodo superiore a 12 mesi.

Vengono ampliate, coerentemente con il prolungamento della durata del corso (non 120 ore), le aree tematiche di apprendimento articolandole in: «quadro istituzionale», «gestione degli acquisti e delle risorse economico finanziarie», «gestione delle risorse umane e benessere organizzativo», «servizi assistenziali», «qualità e organizzazione per reti e processi organizzativi», «valutazione delle performance, con particolare riferimento ai direttori

di struttura complessa», «innovazione tecnologica e digitalizzazione», «comunicazione e umanizzazione delle cure», «assistenza sanitaria nell'UE – fondi comunitari», «anticorruzione – trasparenza- privacy», «project management e project working»; la formazione a distanza non può superare il 20% del monte ore complessivo del corso.

Al termine del corso i partecipanti che abbiano preso parte ad almeno l'80% del monte ore sono ammessi a un colloquio finale vertente sull'analisi di quanto trattato e sulla discussione di un «project work» elaborato dal partecipante stesso (a livello individuale o di gruppo).

Con il superamento dell'esame finale viene rilasciata al corsista apposita certificazione, recante gli estremi dell'atto regionale con cui è stato attivato il corso, e sulla base delle attestazioni dei responsabili delle Regioni e delle Province autonome e dei legali rappresentanti delle istituzioni pubbliche o private accreditate che hanno gestito i corsi.

2.4 La disciplina lombarda

Il D.lgs. n. 502/1992 e succ. mod. all'ex art. 3 bis stabilisce che «i direttori generali nominati devono produrre, entro 18 mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle Regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati».

Analogamente il DPR n. 484/1997 nell'art. 15 «Disposizioni finali e transitorie» dispone che: «fino all'espletamento del primo corso di formazione manageriale l'incarico di direzione sanitaria aziendale e gli incarichi di secondo livello dirigenziale sono attribuiti senza l'attestato di formazione manageriale, fermo restando l'obbligo di acquisire l'attestato nel primo corso utile».

La Lombardia è tra le prime Regioni a dar seguito alla volontà del legislatore nazionale istituendo con la DGR n. 43413/1999, come unità organizzativa dell'Istituto Regionale Lombardo di Formazione per l'Amministrazione Pubblica (I.R.e.F.), la Scuola di Direzione in Sanità (S.D.S.), la quale aveva la precipua funzione di dare esecuzione al D.lgs. n. 502/1992 e DPR n. 484/1997 e formare una classe dirigente apicale idonea a soddisfare le esigenze di efficientamento, le quali, come si è detto, sottendono le riforme sanitarie degli anni Novanta.

Con la DGR n. 257/2000 Regione affida per l'anno 2000-2001 a S.D.S. l'organizzazione ed erogazione dei primi corsi di formazione manageriale, riservati ai dirigenti di struttura complessa («corsi DSC»), alle direzioni sanitarie («corsi DS») e alle direzioni generali («corsi DG»). Vi è quindi da sottolineare che in occasione dei primi corsi organizzati da S.D.S., vi è una tripartizione della formazione, prevedendosi corsi *ad hoc* per DSC, DS e DG.

Nell'anno successivo, Regione delibera un forte aumento dell'offerta formativa, in un'ottica di specializzazione del percorso di formazione, il corso «DSC», viene tripartito in «corso DSC area territoriale», «corso DSC area ospedaliera», «corso DSC area servizi»; il «corso DS», scompare a vantaggio di un unico corso riservato a direttore sanitario (DS), direttore amministrativo (DA) e direttore sociale. Resta invariato il corso *ad hoc* riservato alla formazione del direttore generale (DG).

Come si può notare, la Regione, integrando il dato normativo nazionale che nulla disponeva sulla formazione del direttore amministrativo, prevede fin dai primi di anni di organizzazione dei corsi, un obbligo di formarsi in capo a quest'ultimo, analogamente a quanto previsto dal DPR n. 484/1997 per il direttore sanitario.

Nel 2003 il panorama formativo subisce un importante mutamento con l'eliminazione del corso per DG e la previsione di un unico corso riservato a tutti i direttori d'azienda sanitaria: nasce il «corso DIAS»; anche la formazione DSC viene parzialmente ridimensionata, articolandola in due sotto-percorsi formativi: «corso DSC area territoriale (DSCT)», «corso DSC area ospedaliera (DSCO)» [articolazione che resterà fino al 2011/2012, anno a partire dal quale il «corso DSC» sarà unificato].

Quindi, dal 2003 la tripartizione che aveva caratterizzato i corsi di formazione erogati nel biennio precedente scompare a vantaggio di una bipartizione del percorso formativo, «corsi DSC» riservati al personale sanitario che svolge o è interessato a ricoprire il ruolo di dirigente struttura complessa, e «corsi DIAS» funzionali a formare i direttori generali e sanitari, amministrativi e sociali. La previsione di un corso unico per i direttori d'azienda sanitaria, porta con sé anche l'estensione a tutti i direttori della possibilità di conseguire il certificato manageriale nei 18 mesi successivi alla nomina, come previsto legislativamente per il direttore generale ex art. 3-bis, c. 4, D.lgs. n. 502/1992.

La decisione regionale di articolare la formazione dei professionisti in due percorsi autonomi viene giustificata dal fatto che i corsi hanno fondamento giuridico differente, il corso DSC nel DPR n. 484, il corso DIAS nel D.lgs. n. 502/1992, all'esito dei quali vengono emesse due certificazioni differenti, certificazione DSC e certificazione DIAS, che consentono di svolgere ruoli professionali diversi; aspetto non di poco conto se si considera che il dirigente di struttura complessa, dotato di certificazione manageriale DSC, nel sistema lombardo non può ricoprire la carica di direttore sanitario senza dotarsi di certificazione DIAS e viceversa.

Se è vero, però, che la disciplina nazionale sembra contemplare percorsi normativi diversi riservati a professionisti che svolgono ruoli differenti, si deve, inoltre, rilevare che la scelta regionale di articolazione dei corsi di formazione nei due descritti percorsi non sembra interamente coerente con il dato normativo nazionale, il quale, come si è avuto modo di apprezzare, sembra dare preferenza per l'apparentamento della formazione dei professionisti sanitari, DSC e DS così come emerge dal DPR n. 484/1997, e per lasciare ai DG una formazione *ad hoc*; nulla, come già ricordato, è previsto fino al 2016 a livello nazionale per la formazione dei DA, e, anche dopo la previsione di un obbligo formativo in capo a questi, viene lasciato alla discrezionalità della Regione stabilire se quest'ultimo sia tenuto, ex art. 3-bis, c. 9, D.lgs. n. 502/1992 «alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'art. 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato».

Senza inoltrarsi nel merito della formazione offerta, non si può non rilevare come i corsi abbiano un contenuto in larga parte sovrapponibile e il corso DIAS si distingua da quello DSC

essenzialmente per la presenza di ulteriori temi trattati; sarà proprio tale considerazione, come a breve si dirà, che indurrà la Regione nel 2019 a introdurre il «corso integrativo», corso che consente a chi abbia conseguito un certificato DSC di ottenere il certificato DIAS attraverso un'integrazione del suo percorso formativo, senza ripetere argomenti già trattati.

Infine, l'oscurità del legislatore nazionale nell'individuare coloro che possono accedere ai corsi di formazione è agevolmente superato a livello regionale eliminando qualsiasi barriera all'ingresso e consentendo a chiunque interessato, anche se in assenza di alcuni requisiti professionali previsti dalla normativa nazionale, di frequentare i corsi. Tuttavia, i requisiti d'accesso nazionali non vengono del tutto ignorati in quanto funzionali a determinare una preferenza di partecipazione ai corsi in caso di sovrannumero.

Dopo i primi anni di attivazione dei percorsi formativi e la loro stabilizzazione nei due citati corsi di formazione, si pone all'attenzione di Regione Lombardia e di S.D.S. la necessità di dare seguito a quanto previsto dall'art. 7, c. 1, DPR n. 484/1997, che fissa in 7 anni la validità nel tempo del certificato manageriale, e dare avvio ai primi corsi per rivalidare i predetti titoli formativi.

In realtà l'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2003, riservato alla formazione manageriale per il II livello dirigenziale sanitario, stabiliva che «ferma restando, per i fini di cui all'art. 16-quinquies del D.lgs 502/92 e s.m, la validità del certificato di formazione conseguito secondo i criteri di cui al presente accordo, il dirigente sanitario è comunque tenuto a partecipare con esito positivo ai corsi di formazione continua [...] organizzati dalle Regioni e dalle Province autonome nei trienni successivi alla data di conseguimento del certificato medesimo».

Le due disposizioni risultano in contraddizione, da una parte il DPR n. 484/1997 stabilisce una validità di 7 anni per i certificati DS e DSC, dall'altra l'Accordo Stato-Regioni del 2003 mantiene la validità del certificato DSC, rinviando il professionista sanitario a corsi di formazione continua nell'ambito manageriale con cadenza triennale.

Si aprono quindi 2 interrogativi: 1) quali certificati debbano essere rivalutati; 2) con quale cadenza rivalutare i certificati una volta emessi.

Rispetto alla prima questione, le opzioni astrattamente percorribili erano due: ritenere che a «scadere» fossero solamente i certificati rilasciati ai sanitari, visto che la validità contemplata dal DPR n. 484/1997 e dall'Accordo Stato-Regioni del 2003, riguarda solo la formazione dei professionisti sanitari, oppure ritenere la norma sulla validità come disposizione di carattere generale e considerare sottoposti a termine di validità tutti i certificati emessi.

Regione Lombardia con la DGR n. 10803/2009, delibera che introduce la rivalutazione della formazione manageriale, opta per la seconda interpretazione, e inoltre recepisce la durata della validità dei certificati dal DPR n. 484/1997 disponendo che: «in considerazione della similitudine della tipologia degli attestati (DSC e per DIAS) per entrambi è stabilita una validità di 7 anni dalla data del rilascio».

Oltre a questa sintetica disposizione a riguardo, la DGR non entra nel merito del contenuto e delle modalità di erogazione del corso di rivalutazione; tali aspetti vengono, invece, regolati

da linee guida approvate da S.D.S., che individuano le modalità di organizzazione e gestione dei corsi che vengono affidati a enti di formazione previa richiesta a S.D.S. di accreditamento.

Le modalità di accreditamento del corso e il suo contenuto saranno riviste più di recente con decreto n. 992/2018 adottato dall'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo – PoliS-Lombardia (che sostituisce S.D.S. dal 2015). Più nello specifico, il decreto fornisce indicazioni rispetto alla durata e a un programma minimo obbligatorio, e riafferma che l'erogazione del corso avviene tramite accreditamento a istituzioni pubbliche o private di riconosciuta rilevanza. Inoltre, si decide di uniformare il percorso formativo dei rivalidandi a quello dei partecipanti ai percorsi DSC e DIAS, prevedendo all'esito del corso la somministrazione ai candidati di un test di apprendimento e la discussione di un progetto da loro predisposto dinnanzi a una commissione valutativa appositamente nominata da Accademia.

La DGR n. 10803/2009, oltre a occuparsi di rivalidazione, introduce un'importante evoluzione regionale nella disciplina della formazione, in quanto, superando quello che fino ad allora era stato un punto fermo, ossia che la formazione manageriale obbligatoria dovesse essere direttamente o indirettamente erogata da S.D.S., ha previsto la possibilità per i professionisti sanitari di richiedere che i corsi di formazione o master universitari da loro conseguiti presso enti terzi, purché dotati di certe caratteristiche contenutistiche e di durata, fossero equiparati ai percorsi di formazione DSC. L'accoglimento di tale richiesta di riconoscimento era subordinato al superamento di un test di apprendimento e alla discussione di un project work di carattere manageriale davanti a un'apposita commissione di valutazione.

La previsione dell'istituto delle c.d. equipollenze aveva nelle intenzioni regionali uno scopo ben preciso: consentire a professionisti che avessero frequentato corsi di alto livello in management sanitario, di non ripetere un percorso formativo di analogo contenuto presso S.D.S. ma, previo vaglio di non semplice applicazione delle effettive conoscenze e competenze maturate, acquisire la certificazione manageriale DSC, superando le prove finali previste.

Con la riforma sanitaria realizzata con L.R. n. 23/2015, il legislatore regionale, nell'ambito di un intervento di riorganizzazione del sistema sanitario adotta due principali disposizioni che incidono sulla formazione manageriale: istituisce, ex art. 17-bis, l'Accademia di formazione per il servizio socio sanitario lombardo (AFSSL) la quale, come anticipato, sostituisce S.D.S. inglobandone le funzioni; affianca alle tre cariche apicali la figura del direttore sociosanitario (DSS), il quale, analogamente agli altri direttori, è tenuto a formarsi managerialmente.

Sulla disciplina della formazione manageriale regionale impatta il D.lgs. n. 171/2016, che, modifica sotto due principali aspetti la normativa nazionale in materia di formazione.

In primo luogo, come si è detto, viene abrogato l'art. 3-bis del D.lgs. n. 502/1992, e, in sostituzione, viene previsto che l'iscrizione all'elenco nazionale degli idonei alla nomina di direttore generale sia subordinata al conseguimento della certificazione manageriale.

In secondo luogo, viene prevista la formazione obbligatoria per il direttore amministrativo, senza specificare se la certificazione manageriale sia analogamente a quanto previsto per il DG prerequisito all'accesso alla carica.

Dell'impatto di tale D.lgs. sulla previgente normativa nazionale si è già dato conto fornendo un sintetico panorama di come le Regioni hanno attuato tale riforma legislativa, ora bisogna individuarne le conseguenze sul sistema regionale lombardo.

Si è già detto che la Lombardia aveva fin da subito previsto la formazione obbligatoria per il direttore amministrativo, con la conseguenza che sotto tale aspetto l'intervento nazionale nulla aggiunge al quadro regionale; tuttavia, la Lombardia non era intervenuta specificamente sul momento (se prima o dopo la nomina) in cui i DA e DS erano tenuti a formarsi ma, estendendo analogicamente l'ambito applicativo dell'art. 3-bis, c. 4, D.lgs. n. 502/1992, riteneva applicabile a tutti i direttori d'azienda sanitaria la disciplina prevista per il DG, che consentiva di formarsi managerialmente entro un termine di 18 mesi dalla nomina.

È evidente che l'abrogazione dell'art. 3-bis impatti in primo luogo sui direttori generali, per i quali il D.lgs. n. 171/2016 prevede la certificazione della formazione come prerequisito alla nomina, ma inevitabilmente anche sulla formazione dei direttori sanitari e amministrativi, ai quali per analogia era fino ad allora estesa la disciplina prevista per il DG.

Inoltre, il D.lgs. n. 171/2016 disciplinando la formazione del DG non faceva alcun cenno alla scadenza del titolo, di qui l'interrogativo circa l'estendibilità della disciplina prevista dal DPR n. 484/1997, che prevede la durata settennale dei certificati manageriale rilasciati ai sanitari, a tutte le certificazioni.

Al fine di assumere una posizione chiara sugli interrogativi aperti dall'intervento del legislatore nazionale e per dare, più in generale, organicità alla materia della formazione manageriale in Lombardia, la Regione approva l'1 aprile 2019 la DGR n. 1459.

Tale delibera oltre a ribadire l'esistenza di un unico corso, di minimo 120 ore, funzionale a formare tutti i componenti delle Direzioni strategiche e un corso di minimo 100 ore volto a formare i dirigenti di struttura complessa, opta per non richiedere la certificazione manageriale come prerequisito alla nomina a DA e DS e DSS, come invece richiesto per i DG, ma consente un termine di 12 mesi dalla nomina per conseguire tale certificazione.

La scelta di prevedere un termine di 12 mesi entro cui maturare la richiesta competenza manageriale non è certo casuale, ma è frutto di una duplice valutazione: da un lato, la scelta di evitare di gravare eccessivamente sul professionista, dall'altra di prevedere un termine entro cui formarsi che avesse appiglio normativo; di qui la scelta di estendere il termine per formarsi previsto per i dirigenti di struttura complessa anche ai componenti delle Direzioni strategiche non interessate dalle modifiche introdotte dal D.lgs. n. 171/2016.

Quanto alle modalità di erogazione dei «corsi DIAS» e «corsi DSC», la delibera consente ad AFSSL sia di formare direttamente i professionisti, sia di accreditare, analogamente a quanto previsto per i «corsi di rivalidazione», l'erogazione dei corsi alle università lombarde, a seguito di una definizione concordata degli obiettivi formativi, del programma e delle docenze con AFSSL, al fine di garantire i più alti livelli di formazione. Accademia gestisce la fase valutativa e certificatoria di concerto con la Direzione Generale Welfare.

La DGR si occupa anche di regolare l'organizzazione ed erogazione dei corsi di rivalidazione del certificato manageriale, confermando una durata minima dei corsi di 56 ore e la

possibilità di accreditare gli eventi formativi presso istituzioni pubbliche e private di riconosciuta rilevanza. Il provvedimento regionale fa inoltre chiarezza sulla rivalidazione della formazione manageriale e sui professionisti tenuti a rivalidare il titolo manageriale e, superando l'orientamento fino ad allora osservato, riserva tale onere, in attuazione di quanto previsto dal DPR n. 484/1997, ai soli professionisti sanitari (DSC e DS), mentre esclude la necessità di rivalidare per tutti gli altri componenti delle Direzioni strategiche (DG, DA, DSS). Tale scelta risulta condivisibile, dato che se prima del 2016 potevano sussistere dubbi sulla estendibilità della disciplina di cui all'art. 7 DPR n. 484/1997, la previsione di una disciplina *ad hoc* per il direttore generale (D.lgs n. 171/2016), la quale non contempla alcuna necessità di rivalidazione, non può ritenersi certamente una lacuna del legislatore nazionale, ma una scelta consapevole di non prevedere una scadenza per tale certificato. Analoga disciplina, in assenza di una disposizione nazionale *ad hoc*, viene estesa ai direttori amministrativi e ai direttori sociosanitari.

Una conferma di tale interpretazione trova supporto anche nel «Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario» approvato dall'Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari) e in vigore dall'1 gennaio 2019, il cui paragrafo 3 dedicato all'istituto dell'esonero cita: «la misura dell'esonero dall'obbligo formativo triennale è calcolata come riduzione di un terzo per ciascun anno di frequenza, previa specifica richiesta da parte del professionista [...] ai seguenti corsi [...] corso di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92 e successiva rivalidazione degli stessi». Tale previsione è di fatti relativa alla sola formazione manageriale per la direzione sanitaria e la dirigenza sanitaria di II livello nell'ambito delle categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi.

La DGR n. 1459/2019 è altresì, occasione per approvare da parte di Accademia – PoliS-Lombardia, con decreto n. 756 del 14 agosto 2019, le linee guida per l'accreditamento dei corsi manageriali DSC e dei corsi di rivalidazione, riportanti i criteri di accreditamento, i soggetti che possono erogare i corsi (università lombarde nel caso dei corsi DSC, anche istituzioni pubbliche e private di riconosciuta rilevanza per i corsi di rivalidazione), gli obiettivi e i contenuti da garantire, le modalità di valutazione e certificazione; la delibera del 2019 provvede inoltre ad abrogare la DGR n. 10803/2009 che prevedeva l'istituto delle «equipollenze» dei certificati manageriali.

Il provvedimento inoltre, introduce un ulteriore percorso formativo manageriale accanto ai corsi DSC, corsi DIAS e corsi di rivalidazione, ossia il già richiamato corso integrativo; tale novità formativa introdotta per consentire a chi avesse un certificato DSC in corso di validità di acquisire una certificazione DIAS attraverso la trattazione di tematiche specifiche che caratterizzano la formazione dei direttori, trova giustificazione, come già accennato, nel fatto che i programmi di formazione dei dirigenti di struttura complessa e dei direttori d'azienda fino al nuovo Accordo Stato-Regioni del 16 maggio 2019, fossero in larga parte coincidenti.

La tendenziale sovrapposibilità dei programmi formativi dei «corsi DSC» e «corsi DIAS», ha, inoltre, spinto Regione a rivedere il rapporto tra i due percorsi formativi, non più pensati

come autonomi gli uni rispetto agli altri, ma complementari, con la conseguenza che il superamento del «corso DIAS» consente al corsista di ottenere il rilascio di una certificazione valida anche per poter svolgere le funzioni di dirigente di struttura complessa nella propria Regione o in altri sistemi regionali. In altri termini all'esito del percorso riservato ai direttori d'azienda, al candidato viene rilasciato un certificato riportante sia la normativa che regola i corsi per direttori generali e le direzioni apicali (D.lgs. 171/2016), sia quella che regola i corsi per i dirigenti di struttura complessa, i DSC (DPR n. 484/1997), attestante l'acquisita capacità manageriale a svolgere entrambi i ruoli.

In questo modo, viene in parte superato il dualismo interpretativo sulla normativa di rilascio della certificazione manageriale per i direttori sanitari, ovvero ai sensi del DPR n. 484/1997 oppure ai sensi del D.lgs. n. 171/2016; il nuovo corso DIAS lombardo permette di partecipare alle procedure di nomina per i direttori sanitari, sia che le Regioni richiedano una certificazione manageriale per DS e DSC, sia che richiedano una certificazione analoga a quella rilasciata per i direttori generali.

Il nuovo Accordo Stato-Regioni del 16 maggio 2019, successivo all'approvazione della DGR n. 1459/2019, pone in discussione l'organizzazione del corso DIAS lombardo, di fatto cambia la durata che viene elevata a 200 ore e cambiano i contenuti, fermo restando che i corsi possono essere organizzati e attivati almeno con cadenza biennale dalle Regioni.

Si è reso pertanto necessario recepire con DGR il succitato Accordo, abrogando la DGR n. 1459/2019 e introducendo le opportune modifiche rispetto ai corsi DIAS e ai corsi integrativi; viene quindi approvata la DGR n. 3988 del 14 dicembre 2020 che dispone che il corso DIAS abbia una durata minima di 200 ore e il corso integrativo di almeno 100 ore; le aree e i contenuti formativi vengono adeguati a quanto previsto dall'Accordo del 2019, avendo cura di soddisfare non solo i requisiti di legge, ma anche di garantire l'acquisizione delle competenze adeguate allo sviluppo del sistema regionale. Rimangono invariate rispetto alla precedente DGR del 2019: le caratteristiche e le durate minime dei corsi per DSC (100 ore) e dei corsi di rivalidazione (56 ore), nonché le tempistiche per il conseguimento del certificato DSC (12 mesi) e DIAS per DS, DA, DSS (12 mesi) e infine l'obbligatorietà in merito alla rivalidazione ogni 7 anni dei titoli formativi per l'incarico di dirigente di struttura complessa e di direttore sanitario.

Sempre nell'ambito della formazione manageriale, anche la recente legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22, dispone in merito a quella richiesta ai direttori del distretto ante nomina (requisito in ingresso) e post nomina (formazione obbligatoria), inserendo il c. 7-bis, all'art. 7-bis della legge regionale n. 33/2009.

Più precisamente, la nuova disposizione stabilisce quanto segue: «i direttori nominati sono tenuti a produrre, entro 18 mesi dalla nomina, l'attestato della formazione manageriale per dirigente di struttura complessa (DSC) ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484».

Pertanto, il certificato DSC rappresenterà il titolo formativo idoneo per ricoprire il ruolo non solo di dirigente di struttura complessa, ma anche di direttore del distretto.

2.5 Alcune questioni

Relativamente alla scadenza settennale dei certificati manageriali per i professionisti sanitari, la DRG n. 3988 del 14 dicembre 2020, in considerazione della situazione emergenziale creatasi a partire dai primi mesi del 2020, ha previsto alcune disposizioni transitorie e finali a tutela dei certificati DSC e DIAS (per il ruolo di DS) scaduti nel II semestre 2019 e nell'anno 2020, permettendo ai professionisti di rivalidare il certificato sino a dicembre 2021; nel 2022 andrà a regime la nuova tempistica per la rivalidazione, i 7 anni di validità (più 6 mesi), così come disposta dal provvedimento regionale; per il protrarsi dell'emergenza tuttavia, è possibile che alcuni professionisti, il cui numero è di difficile previsione, non siano riusciti a ottemperare agli obblighi formativi nei tempi previsti e che di conseguenza gli interessati si trovino nella condizione di frequentare un nuovo corso di base. Qualora o per numero o per tipologia si presentassero tali casi, si renderebbe necessario rivalutare la questione.

La recente legge regionale n. 22/2021, con l'introduzione della formazione manageriale DSC obbligatoria a seguito della nomina del direttore del distretto, pone altre questioni che possiamo ricondurre a quattro principali ambiti: la formazione ante nomina quale requisito d'ingresso; la formazione obbligatoria DSC post nomina e i relativi criteri di accesso al corso; l'idoneità del certificato DIAS lombardo a valere dal 2019 per ricoprire l'incarico di direttore del distretto; e infine il numero di mesi disponibili per il conseguimento dell'attestazione manageriale DSC.

In primo luogo, rispetto alla formazione ante nomina, la legge all'art. 10 che modifica l'art. 7-bis della legge n. 33/2009 introducendo il c. 7-bis, dispone che «il direttore del distretto è scelto fra soggetti, anche medici convenzionati da almeno 10 anni, che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione. In caso di nomina di medici convenzionati gli stessi devono essere in possesso di un'adeguata formazione manageriale».

Il D.lgs. n. 502/1992 e succ. modd. all'art. 3 sexies, c. 3 prevede che «l'incarico di direttore di distretto è attribuito a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, da almeno dieci anni».

Pertanto, pur non essendo prevista una formazione manageriale obbligatoria, il legislatore aveva già previsto un'adeguata formazione qualora fosse nominato un dirigente dell'azienda, presupponendo che il medico convenzionato da almeno 10 anni ne fosse già in possesso; la legge regionale n. 22/2021 invece, richiede, al di là che il direttore del distretto possa essere nominato tra i dirigenti di azienda o altri soggetti o tra i medici convenzionati, che tutti questi professionisti possiedano un'adeguata formazione in ingresso, che evidentemente sarà regolata nelle caratteristiche e nei criteri di valutazione, con successive linee guida o atti formali. Non solo, il nuovo comma 7-bis stabilisce anche che «in caso di nomina di medici convenzionati gli stessi devono essere in possesso di un'adeguata formazione manageriale», pertanto al medico convenzionato viene richiesta un'adeguata formazione

manageriale pregressa, anch'essa da definire con successivi atti, data invece per acquisita negli altri soggetti «nominabili» come per esempio i dirigenti di azienda, i quali, già inseriti in un'organizzazione, sono portati a collaborare con una rete di persone e di servizi, gestendo in taluni casi anche budget e risorse umane.

Rispetto alla seconda questione, ossia la formazione manageriale obbligatoria post nomina e i criteri di accesso al corso preposto, il legislatore regionale dispone come già introdotto che: «i direttori nominati sono tenuti a produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, l'attestato della formazione manageriale per dirigente di struttura complessa (DSC) ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484».

Risulta quindi evidente che tutti i nominati, stante la formazione pregressa e qualsiasi profilo professionale essi ricoprano, sanitario o tecnico-amministrativo, saranno tenuti a frequentare e superare un corso di formazione manageriale DSC. Il DPR n. 484/1997 lo riserva ai fini della direzione sanitaria e della dirigenza di II livello, a medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, in possesso di una certa anzianità di servizio ed esperienza professionale, nulla è scritto sull'obbligatorietà del corso DSC per i profili non sanitari; è anche vero che il corso DSC lombardo, fa valere come precedentemente illustrato, i criteri nazionali solo quando si verifichi un esubero di richieste, di fatti la DGR n. 3988/2020 al paragrafo 4 cita «per i corsi DSC in caso di domande eccedenti i posti disponibili, hanno precedenza, nell'ordine: 1) quanti sono in carica e necessitano di acquisire il certificato 2) quanti in possesso dei requisiti ai sensi del DPR n. 484/1997».

L'obbligatorietà del corso DSC per i direttori del distretto anche per profili non sanitari, sembra quindi trovare fondamento nella necessità che gli stessi acquisiscano o rinforzino quelle conoscenze e competenze gestionali, organizzative e di direzione, proprie di un dirigente di struttura complessa, prefigurandosi un sostanziale «apparentamento» delle due figure sia nei termini retributivi e per quanto possibile nei criteri e requisiti delle procedure di nomina.

Fin qui quanto previsto per il corso DSC; Regione Lombardia nel 2019 con la DGR n. 1459 e a seguire nel 2020 con la DGR n. 3988, ha disciplinato il nuovo corso DIAS (direttore di azienda sanitaria), che in uscita matura un certificato valevole sia ai sensi della normativa nazionale per le direzioni apicali (DG, DS, DA, DSS), D.lgs. 171/2016, sia ai sensi della normativa per le dirigenze di II livello (DSC), DPR 484/1997. Pertanto, al professionista sanitario o tecnico-amministrativo, risulterebbero proposte due tipologie di corso manageriale idonee per ricoprire l'incarico di direttore del distretto: da una parte il corso DSC già trattato e dall'altra il corso DIAS (che ricomprende anche il corso DSC); il superamento di quest'ultimo oltre alla possibilità di ricoprire l'incarico di direttore del distretto, da una parte permette al professionista sanitario di aspirare in termini di formazione obbligatoria anche a tutte le direzioni apicali, fermo restando l'obbligo di rivalidare il certificato secondo quanto previsto dagli articoli 1 e 7 del DPR n. 484/1997; dall'altra, il certificato DIAS in termini di formazione manageriale, consente al professionista tecnico-amministrativo di ricoprire anche gli incarichi di direttore generale, amministrativo e sociosanitario. Sarebbe pertanto a discrezione del professionista scegliere la tipologia corsuale più utile alle proprie necessità e aspirazioni.

Rimane infine la questione relativa alla tempistica disponibile per il superamento del corso manageriale obbligatorio per il direttore del distretto: se per il dirigente di struttura complessa il D.lgs. n. 502/1992 e succ. modd. concede 12 mesi per il conseguimento dell'attestato manageriale dall'inizio dell'incarico, con la legge succitata, si stabilisce che per il medesimo attestato DSC, il direttore del distretto abbia tempo 18 mesi dalla nomina. In tal modo, vengono attribuiti due regimi temporali differenti per il conseguimento dell'attestato, a seconda del profilo professionale che sarà preso in considerazione dalla procedura di nomina.

Inoltre, la DGR n. 3988/2020, prevede che le direzioni apicali, DS, DA, DSS, a esclusione del DG, la cui formazione manageriale obbligatoria quale prerequisito è regolata dal D.lgs. n. 171/2016, abbiano tempo 12 mesi dalla nomina per conseguire il certificato DIAS, con il superamento di un corso che ha una durata minima di 200 ore, ossia il doppio di quanto previsto per legge per il corso DSC che ha una durata minima di 100 ore. Per contro, il legislatore regionale concede ai direttori del distretto 18 mesi dalla nomina per superare il corso DSC. A ben vedere, coerentemente con la legge regionale n. 22/2021, la disciplina, nell'ambito della nomina del direttore del distretto e della sua formazione, spetta alle Regioni, come disposto dal D.lgs. n. 502/1992 e succ. modd. all'art. 3 sexies, c. 4 «la legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-quater, comma 3 e 3-quinqies, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni».

Resta quindi aperta come conseguenza della legittima discrezionalità regionale, l'inevitabile eterogeneità dei corsi manageriali obbligatori, che a seconda della Regione in cui si trova a operare, può comportare per il professionista, obblighi di formazione differenti, basti pensare ai corsi per i direttori sanitari e i direttori amministrativi; questo limite in fondo offre anche un'opportunità, quella di differenziare seppure nei limiti imposti dalla legge, l'offerta formativa e i percorsi di carriera.

In sintesi

La normativa che regola la formazione manageriale socio-sanitaria obbligatoria è il risultato di un intervento statale e regionale. Accanto a una disciplina di fonte parlamentare che indica i caratteri generali della formazione del professionista sanitario, si affianca una normativa regionale che specifica le caratteristiche della formazione del professionista.

L'inevitabile assetto prodotto da tale stratificazione normativa è che nel sistema saranno rinvenibili tante normative quante sono le Regioni, ognuna con le sue specificità. Accanto a un nucleo comune di disposizioni di fonte nazionale, molto scarse e non sempre chiare e comprensibili, si affianca una normativa regionale che interpreta il dato normativo nazionale, lo integra, e, infine, si dota di una struttura per erogare la formazione.

Di qui, l'importantissimo ruolo svolto dalla Conferenza Stato-Regioni, come luogo per avvicinare i diversi modelli di formazione regionali, garantendo un percorso formativo il più possibile unitario sul territorio nazionale, operazione non sempre facilmente realizzabile.

Ripasso

1. *Quali sono i tre principali livelli normativi che disciplinano la formazione manageriale?*

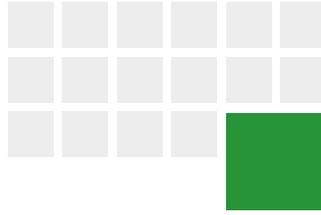
- A. La normativa nazionale; gli Accordi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano; gli atti adottati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
- B. La normativa nazionale; gli Accordi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano; leggi e delibere regionali
- C. La normativa nazionale; gli atti adottati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali; i regolamenti adottati dai soggetti organizzatori dei corsi

2. *In Regione Lombardia, come sono articolati i principali percorsi formativi manageriali obbligatori del professionista?*

- A. Corsi manageriali per dirigenti di struttura complessa (DSC); corsi per direttori di azienda sanitaria (per DG, DS, DA, DSS)
- B. Corsi manageriali per dirigenti di struttura complessa (DSC) e per direttori sanitari (DSC); corsi per direttore generale e amministrativo
- C. Corsi manageriali per dirigenti di struttura complessa (DSC); corsi per direttori di azienda sanitaria (per DG, DS, DA)

3. *Alla luce dell'attuale sistema normativo, il corso di formazione manageriale per direttore generale può essere conseguito dopo la nomina?*

- A. Sì, il direttore generale ha tempo 18 mesi dalla nomina per conseguire il certificato in oggetto, ai sensi del D.lgs. n. 502/1992 e succ. modd., art. 3 bis, c. 4
- B. Spetta alle Regioni la discrezionalità di stabilire se per il direttore generale, la certificazione manageriale in oggetto costituisca condizione per essere nominati, oppure possa essere acquisita anche in un momento successivo alla nomina
- C. No, il conseguimento del certificato in oggetto è uno dei requisiti per poter partecipare alla selezione pubblica per la formazione dell'elenco degli idonei alla nomina di direttore generale, ai sensi del D.lgs. n. 171/2016



3

Perché formarsi: note sul fabbisogno

Paride Fusaro

3.1 Fare il manager: significato, prassi, conoscenze e competenze

Il dizionario Cambridge online definisce «manager» la persona che è *responsabile* della *gestione* di una organizzazione¹. Si tratta di una definizione minima, utile per circoscrivere due tratti essenziali che caratterizzano il lavoro manageriale. *Gestione* e *responsabilità* non sono però due fini in sé, sono i «contenitori» concettuali a partire dai quali buona parte del lavoro di un manager può essere studiato, interpretato e incarnato.

Sapere che quando un professionista «diventa» manager dovrà *gestire* in modo *responsabile* l'organizzazione in cui lavora, o parte dei processi che la caratterizzano, non è però sufficiente né per comprendere cosa sia veramente il management né per *essere* manager.

Come testimonia la sterminata letteratura sul tema, definire cosa sia il lavoro manageriale è infatti una sfida non semplice² che stimola da tempo la comunità scientifica (Lega et al., 2019). Sotto questo profilo, l'attenzione su cosa sia e come si declini il lavoro manageriale è stata dedicata agli aspetti più disparati. Dal punto di vista delle implicazioni economiche, gli studi si sono sviluppati su due direttrici principali, concentrandosi, da un lato, sulla misurazione del comportamento dei manager (Mintzberg, 1973) e dall'altro sviluppando categorizzazioni sugli stili di leadership (Dessein e Santos, 2016; Hermalin, 1998, 2007) (così Bandiera et al., 2019). Da lavori come questi, sono state sviluppate teorizzazioni relative a quali sono le attività che i manager svolgono, poi ricondotte ad acronimi come POSDCORB³ (Gulick, 1937) e PEACE⁴ (Lega, 2012).

¹ «The person who is responsible for managing an organization».

² Un esempio su tutti è quello citato da H. Mintzberg ne *Il lavoro manageriale*: «Per anni ho chiesto a gruppi di persone che facevano questo lavoro 'Che cosa è successo il giorno in cui sei diventato un manager?'. La risposta è quasi sempre la stessa: uno sguardo perplesso, un'alzata di spalle e magari una parola come 'niente'» (p. 17).

³ Planning, Organizing, Staffing, Directing, Co-Ordinating, Reporting and Budgeting.

⁴ Playmaking, Enabling, Aligning, Compromising, Dealing with Equivocality.

Si tratta di strumenti utili agli osservatori per capire quello che i manager fanno e agli stessi manager per sapere se nel loro lavoro quotidiano svolgono attività che anche altri colleghi si trovano a fare. Superando così le teorizzazioni su di un lavoro interamente dedicato alla programmazione strategica per mezzo del bagno di realtà di un'attività dal ritmo serrato fatta di azioni brevi e varie, frammentata, orientata all'azione e alla gestione di temi e problemi contingenti e declinata, soprattutto, attraverso il confronto orale e informale e l'affiancamento di colleghi e collaboratori anche con un controllo più nascosto che apparente (Mintzberg, 2009).

Se questo è, in estrema sintesi, quello che, anche in sanità, un manager apicale fa, esiste una non meno rilevante necessità di conoscere quel che un manager vuole e deve sapere. Non tanto e non solo in relazione a ciò che in Italia è indicato dalle disposizioni normative che, in sanità, regolano l'accesso ai ruoli di direttore generale, amministrativo, sanitario e sociosanitario, ma più in generale in relazione ai fabbisogni di conoscenza che riguardano i manager.

Come ovvio, il fatto che oltre a «fare qualcosa», un manager «sappia» qualcosa non è irrilevante, come dimostra uno studio condotto in nove Paesi nel quale si evidenzia che gli ospedali che si trovano vicino a un'università che offre corsi di tipo clinico e di natura gestionale hanno più bassi tassi di mortalità per attacchi di cuore, migliori pratiche manageriali e manager maggiormente formati (Bloom et al., 2020).

La formazione in sanità, dunque, conta, ma cosa hanno bisogno di sapere i manager per svolgere al meglio il proprio lavoro?

Secondo quanto elaborato da Pinelli, Rossini et al. (2010), nell'ambito di un approfondimento che ha coinvolto direttamente i direttori generali di aziende sanitarie nazionali, per i manager apicali della sanità i principali argomenti da approfondire in sede di formazione sono: le strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse; la gestione della comunicazione interna ed esterna; la gestione dei percorsi ospedale-territorio e di continuità assistenziale; la clinical governance; i sistemi di valutazione delle performance aziendali.

Si tratta di una base empirica, che può essere affiancata alle conoscenze e competenze individuate per questi ruoli in alcune elaborazioni internazionali.

3.2 Conoscenze e competenze, le proposte di NHS e HLA

Conoscere e schematizzare quello che i manager devono sapere per svolgere al meglio il proprio lavoro è un'attività non meno diffusa nella comunità scientifica di quella relativa alla comprensione di ciò che i manager fanno. Anche in questo caso, forse più che nel primo, ciò vale non solo per i ruoli apicali, ma anche per il middle management, sempre più oggetto di attenzione negli ultimi anni in relazione ai modelli organizzativi e al suo sviluppo (Del Vecchio et al., 2017), all'empowerment e alla responsabilizzazione (Furnari et al., 2019) e alla stessa gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze (Fiaso, 2021).

È una tendenza che non riguarda solo l'Italia, ma è diffusa a livello europeo, dove, sia per il management pubblico in generale che per i manager impegnati nella sanità, sono state sviluppate contestualizzazioni, guide e schemi che ricostruiscono abilità, capacità, conoscenze e competenze che i manager devono avere. Lo stesso esercizio viene svolto oltreoceano.

La proposta dell'NHS Leadership Academy

Per quanto riguarda le elaborazioni effettuate nel Vecchio continente, è certamente degna di segnalazione quella della Leadership Academy dell'NHS (The Clinical Leadership Competency Framework, 2011). Pur non trattandosi di una proposta relativa al top management, essa ha il pregio di offrire una schematizzazione chiara di quanto utile per fornire un migliore servizio ai pazienti e in generale agli stakeholders che si interfacciano con il mondo sanitario e sociosanitario.

La proposta dell'NHS considera 5 domini:

- dimostrare qualità personali;
- lavorare con gli altri;
- gestire i servizi;
- migliorare i servizi;
- impostare la direzione.

Ognuno questi domini viene declinato in quattro categorie a loro volta divise in quattro competenze che descrivono le attività o gli *outcome* che si dovrebbero dimostrare.

A questi elementi si affiancano poi il creare una vision e impostare la strategia.

La proposta dell'HLA statunitense

Spostandoci Oltreoceano, troviamo invece il lavoro compiuto dall'Healthcare Leadership Alliance (HLA). Un consorzio⁵ delle principali associazioni americane di amministrazione sanitaria professionale che rappresenta oltre 140.000 professionisti e che ha come obiettivo quello di perseguire interessi comuni e promuovere il miglioramento delle professioni manageriali dell'healthcare. È a questo scopo che il consorzio ha elaborato l'HLA Competency Directory versione 2.0, un «elenco» di competenze trasversali caratterizzanti i profili manageriali del sistema sociosanitario costruito attraverso l'analisi del lavoro e dei contributi degli esperti delle principali associazioni professionali dell'HLA. Le dichiarazioni di competenza di ciascuna delle associazioni professionali sono classificate nella Directory in base a domini comuni quali:

⁵ <http://www.healthcareleadershipalliance.org/>.

- gestione della comunicazione e delle relazioni;
- leadership;
- professionalità;
- conoscenza dell'ambiente sanitario;
- competenze e conoscenze aziendali.

L'HLA Competency Directory contiene 232 competenze comuni e 68 competenze più specificamente legate a determinati profili. Per ognuno dei domini, l'HLA offre una sintetica descrizione della abilità a esso correlate e distingue ulteriormente al suo interno una serie variabile di cluster.

3.3 Conoscenze e competenze in Accademia, il caso delle Direzioni strategiche

L'elaborazione dell'HLA è stata messa alla prova nell'ambito della progettazione da parte di Accademia di un corso manageriale (2019) rivolto alle Direzioni strategiche in carica, direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari, e co-progettato con i partecipanti nell'ambito di un lavoro che ha visto in modo trasversale tra le Direzioni la definizione di due tratti comuni:

- l'identificazione di domande formative afferenti a competenze manageriali trasversali affiancata a quella di conoscenza più specifiche, tecniche, legate ai diversi ruoli;
- l'identificazione di domande formative di tipo manageriale è risultata riconducibile a tre principali direttrici: conoscenze di sistema innovative, organizzazione, comunicazione.

Queste ultime, rilette alla luce dell'HLA Competency Directory versione 2.0, possono essere ricondotte ai suoi domini e da essi ai cluster.

A partire da questa constatazione, in sede di progettazione si sono ricondotte le domande formative espresse a una medesima direttrice e dunque a un dominio e a un cluster. I gruppi di direttori hanno nella maggior parte dei casi espresso fabbisogni simili o identici.

Per quanto riguarda in particolare le direttrici identificate, le domande formative espresse dai sottogruppi sono state sistematizzate in questo modo:

Conoscenze di sistema innovative:

- fabbisogni relativi ai modelli organizzativi dei sistemi sociosanitari;
- relazioni all'interno e all'esterno della Direzione strategica;
- modalità innovative per il finanziamento di progetti manageriali.

Organizzazione:

- gestione del personale e del rapporto con le cure primarie;
- innovazione tecnologica e logistica e loro impatto organizzativo.

Comunicazione:

- relazioni con altri soggetti del sistema sociosanitario e più in generale con l'esterno;
- relazioni e comunicazione interna con i diversi portatori di interessi.

Guardando ai fabbisogni espressi dai direttori in carica nell'ambito dell'esperienza di organizzazione del corso qui sintetizzata, è possibile dare corso a un intarsio con i tre contributi brevemente descritti (Pinelli, Rossini et al.; NHS Clinical Leadership Competency Framework; HLA Competency Directory) dal quale trarre la conclusione che le proposte sui fabbisogni, per quanto originali, si caratterizzano per la presenza di temi contigui e talvolta sovrapponibili, rispetto ai quali possono essere annotate 6 macro-aree: *saper essere; conoscere e gestire; innovare; comunicare; organizzare; valutare*.

PINELLI, ROSSINI ET AL. (2010)	NHS CLINICAL LEADERSHIP COMPETENCY FRAMEWORK (2011)	HLA COMPETENCY DIRECTORY 2.0 (2010)	AFSSL (2019)	NOTA FABBISOGNO (2021)
	dimostrare qualità personali	leadership		saper essere
	impostare la direzione			
		conoscenza ambiente sanitario		conoscere e gestire
CLINICAL GOVERNANCE	gestire i servizi	competenze e conoscenze aziendali		
STRATEGIE DI INNOVAZIONE E CAMBIAMENTO ORGANIZZAZIONI COMPLESSE			conoscenze di sistema innovative	innovare
GESTIONE COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA	lavorare con gli altri	gestione della comunicazione e delle relazioni	comunicazione	comunicare
GESTIONE PERCORSI OSPEDALE-TERRITORIO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	migliorare i servizi	professionalità	organizzazione	organizzare
SISTEMI VALUTAZIONE PERFORMANCE AZIENDALI				valutare

Tabella 3.1 – L'intarsio tra i fabbisogni richiamati dalle proposte analizzate.

Fonte: elaborazione dell'autore sulle proposte citate.

Schemi e tabelle, note per guardare oltre

Il fatto che dai diversi approfondimenti sui fabbisogni formativi si possano individuare tratti comuni conferma la possibilità di inquadrare e sistematizzare il fabbisogno e di darvi risposte sempre più adeguate nel rispetto dei «tratti dell'organizzazione dei servizi della salute nel nostro ordinamento, nel senso di un assetto disegnato a livello nazionale, che non mortifica i livelli locali e che valorizza i compiti statali di coordinamento» (Balduzzi, 2020). In questo, vista anche la presenza di «sfide di contesto sempre più articolate e con sistemi di gestione del personale dirigenziale marcatamente differenziati a livello regionale», è proprio a livello regionale che «si impone una riflessione sulle conoscenze e le competenze organizzative che le figure professionali devono possedere per affrontare in modo appropriato i compiti assistenziali e di cura e tutela della salute». E così, «una leva strategica per il potenziamento delle competenze manageriali nelle aziende sanitarie diventa la formazione, come un elemento di assoluta necessità per gestire il cambiamento organizzativo» (Franceschetti, 2021).

Per consentire ai manager di (continuare a) formarsi, però, non è sufficiente veicolare contenuti relativi a come *saper essere*, *sapere fare*, *saper far fare*. Serve invece proseguire anche nel dare concretezza all'idea che la formazione manageriale sia un momento direttamente connesso alla programmazione del sistema sanitario (Colombo e Marsilio, 2021). Un momento nel quale, come accaduto nel caso qui riportato delle Direzioni strategiche lombarde, i singoli professionisti e le diverse comunità di professionisti si trovano come comunità epistemica e dunque conoscono e approfondiscono gli strumenti per *gestire* in modo *responsabile* le organizzazioni, e il sistema, nei quali operano.

In sintesi

Una definizione minima di management identifica tale attività come quella esercitata da chi è *responsabile* della *gestione* di una organizzazione. Conoscere questi due tratti essenziali del management non è però sufficiente né per comprendere cosa sia veramente né per *essere* manager.

Definire cosa sia il lavoro manageriale è infatti una sfida non semplice che la comunità scientifica affronta sotto molteplici prospettive: dal punto di vista delle implicazioni economiche gli studi si sono sviluppati su due direttrici principali, concentrandosi sulla misurazione del comportamento dei manager e sviluppando categorizzazioni sugli stili di leadership. Da lavori come questi, sono state sviluppate teorizzazioni relative alle attività che i manager svolgono, ricondotte ad acronimi come POSDCORB e PEACE. Si tratta di strumenti utili agli osservatori per capire quello che i manager fanno e agli stessi manager per sapere se nel loro lavoro quotidiano svolgono attività che anche altri colleghi si trovano a fare nell'ambito di un lavoro dal ritmo serrato, fatto di azioni brevi e varie, frammentato, orientato all'azione e alla gestione di temi e problemi contingenti e declinato, soprattutto, attraverso il confronto orale e informale e l'affiancamento di colleghi e collaboratori anche con un controllo più nascosto che apparente.

Se questo è, in estrema sintesi, quello che, anche in sanità, un manager apicale fa, esiste una non meno rilevante necessità di conoscere quel che un manager vuole e deve sapere. Un aspetto non è irrilevante, come dimostrano gli studi che identificano una correlazione tra la vicinanza di ospedali e università che offrono corsi di tipo clinico e di natura gestionale e la qualità delle cure e del management che opera in quegli ospedali.

La formazione in sanità, dunque, conta, ma cosa hanno bisogno di sapere i manager per svolgere al meglio il proprio lavoro?

Esaminando diversi contributi e un'esperienza condotta dall'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo è possibile affermare che le diverse riflessioni sui fabbisogni, per quanto originali, si caratterizzano per la presenza di temi contigui e talvolta sovrapponibili, rispetto ai quali possono essere annotate 6 macro-aree: saper essere; conoscere e gestire; innovare; comunicare; organizzare; valutare.

Si tratta di riferimenti utili, che consentono di inquadrare e sistematizzare il fabbisogno e di darvi risposte sempre più adeguate facendo della formazione una leva strategica e un elemento necessario per gestire il cambiamento organizzativo.

La formazione deve però anche essere sempre più intesa come un momento direttamente connesso alla programmazione del sistema sociosanitario, nel quale i professionisti, e le comunità di professionisti, si trovano come comunità epistemica per conoscere e approfondire gli strumenti per *gestire* in modo *responsabile* le organizzazioni e il sistema nei quali operano.

Ripasso

1. *Quali sono, secondo i manager che hanno preso parte allo studio a cura di Pinelli e Rossini et al. (2010), i principali argomenti da approfondire in sede di formazione?*

- A. Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse; gestione della comunicazione interna ed esterna; gestione dei percorsi ospedale-territorio e di continuità assistenziale; clinical governance; sistemi di valutazione delle performance aziendali
- B. Planning; organizing; staffing; directing; co-ordinating; reporting e budgeting
- C. Dimostrare qualità personali; lavorare con gli altri; gestire i servizi; migliorare i servizi; impostare la direzione

2. *L'Healthcare Leadership Alliance (HLA) ha elaborato un «elenco» di competenze trasversali caratterizzanti i profili manageriali del sistema sociosanitario, quali?*

- A. Playmaking, enabling, aligning, compromising, dealing with equivocality
- B. Conoscenze di sistema innovative; organizzazione; comunicazione
- C. Gestione della comunicazione e delle relazioni; leadership; professionalità; conoscenza dell'ambiente sanitario; competenze e conoscenze aziendali

3. I macro-temi oggetto dei principali fabbisogni formativi manageriali identificati in questo contributo confrontando quanto elaborato da Pinelli e Rossini, dall'NHS inglese e dall'HLA Competency Directory, nonché nell'esperienza dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo sono:

- A. Saper essere, sapere fare, saper far fare
- B. Saper essere; conoscere e gestire; innovare; comunicare; organizzare; valutare
- C. Misurare il comportamento dei manager; categorizzare gli stili di leadership; sviluppare modelli organizzativi; rafforzare l'empowerment e la responsabilizzazione; implementare pratiche di gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze

Riferimenti bibliografici

- Balduzzi R. (2020), «Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale?», *Amministrazione in Cammino*, 10 aprile.
- Bandiera O., Prat A., Hansen S., Sadun R. (2019), «CEO behavior and firm performance», *Journal of Political Economy*, 128, n. 4, aprile 2020, pp.1325–1369.
- Bloom N., Lemos R., Sadun R., Van Reenen J. (2020), «Healthy business? Managerial education and management in healthcare», *Review of Economics and Statistics*, 102, n. 3, luglio 2020, pp. 506–517.
- Colombo A., Marsilio M. (2021), *La gestione delle risorse umane. Formazione manageriale in sanità*, Guerini e Associati, Milano.
- Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A. (2017), «Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle aziende sanitarie», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Egea, Milano, pp. 383-404.
- Dessein W., Santos T., (2016), «Managerial style and attention», *Manuscript*, Columbia University.
- Fiaso (a cura di) (2021), *Gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze del middle management nel SSN*, Egea, Milano.
- Franceschetti L. (2021), «Competenze per governare l'innovazione tecnologica in sanità», *RU – Risorse Umane nella pubblica amministrazione*, 3, pp. 51-66.
- Furnari A., Lecci F., Ricci A. (2019), «Il middle management nelle aziende sanitarie pubbliche: censimento nazionale e analisi dei meccanismi di empowerment e responsabilizzazione», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Egea, Milano, pp. 337-370.
- Gulick L., Urwick L. (1937), «Notes on the theory of organization», *Papers on the Science of Administration*, 1-45, Columbia University Press, New York.
- Hermalin B.E. (1998), «Toward an economic theory of leadership: Leading by example», *A.E.R.*, 88, 5, pp. 1188–206.
- Hermalin B.E. (2007), «Leading for the long term», *J. Econ. Behavior and Org.*, 62, 1, pp. 1–19.

Lega F. (2012), «Beyond rhetoric, inquiry on the essence of strategic management in public healthcare organisations», *The International Journal of Clinical Leadership*, 17, pp. 175-84.

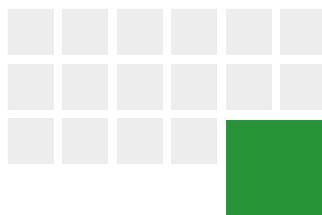
Lega F., Rotolo A., Sartirana M. (2019), «Il mestiere del Direttore Generale: riflessioni da un'indagine quali-quantitativa», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Egea, Milano, pp. 315-336.

Mintzberg H. (1973), *The Nature of Managerial Work*, Harper & Row, New York.

Mintzberg H. (2009), *Il lavoro manageriale*, FrancoAngeli, Milano.

NHS Leadership Academy (a cura di) (2011), *The Clinical Leadership Competency Framework*, NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry House, University of Warwick Campus Coventry, CV4 7AL.

Pinelli N., Rossini G. (a cura di) (2010), *Formazione manageriale in sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN*, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma.



4

Un'esperienza di formazione: e-learning in ARPA Lombardia

Tommaso Russo

4.1 Introduzione e contesto

ARPA Lombardia – Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente della Lombardia – si occupa della prevenzione e della protezione dell'ambiente, affiancando le istituzioni regionali e locali in molteplici attività: dalla lotta all'inquinamento atmosferico e acustico agli interventi per la tutela delle acque superficiali e sotterranee, dal monitoraggio dei campi elettromagnetici alle indagini sulla contaminazione del suolo e sui processi di bonifica. Ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa e contabile, l'Agenzia è operativa dal 1 dicembre 1999. Grazie alla consolidata competenza tecnico-scientifica svolge attività di raccolta ed elaborazione di dati necessari a supportare le scelte politiche ambientali di Regione Lombardia, Province, Comuni, Comunità montane, ATS e di altri enti pubblici del territorio regionale. Inoltre, coerentemente ai criteri di trasparenza pubblica, attraverso azioni di informazione, comunicazione ed educazione ambientale, permette a cittadini e imprese di conoscere e valutare lo stato dell'ambiente in cui vivono e operano e di reperire agevolmente indicazioni sulle attività a essa delegate. Nel rispetto della propria autonomia operativa e gestionale, ARPA affronta la trasversalità e la complessità delle problematiche ambientali in sinergia con i diversi soggetti di riferimento sul territorio, attraverso azioni di interazione e collaborazione, nonché grazie al confronto continuo con il mondo della ricerca nazionale e internazionale. Complessivamente l'Agenzia impiega 979 dipendenti (133 dirigenti e 846 comparto) ed è articolata su 20 sedi distribuite sul territorio regionale.

Il processo di digitalizzazione della PA iniziato ormai qualche anno fa e sviluppatosi con tempistiche a volte non brevi, ha avuto negli ultimi mesi una spinta propulsiva di grande impatto e ha aperto a nuovi e futuristici scenari in ogni campo, non da ultimo quello dell'e-learning: un sistema interoperabile, profondamente dinamico e intuitivo che permet-

te di adattare costantemente le lezioni e le modalità di fruizione delle stesse alle esigenze emergenti e in continua evoluzione, stante anche la normativa ambientale alla quale ARPA deve saper far riferimento in tempo reale.

La pandemia Covid-19 e il conseguente lockdown hanno improvvisamente dirottato l'accesso alla formazione attraverso strumenti digitali. Se le università sono transitate rapidamente sulle proprie piattaforme digitali già operative, le scuole primarie e secondarie si sono dovute ingegnare e districare nell'utilizzo di piattaforme esterne, principalmente Google e Microsoft. In questo scenario la formazione aziendale si è spesso trovata sfornita di proprie e idonee piattaforme digitali dedicate, dovendo trasferire i propri canali formativi dalla formazione residenziale all'utilizzo di strumenti di video-conferenza adattati allo scopo, ma senza modificare lo schema educativo attraverso un sistema progettato *ad hoc*.

La forzata necessità di confrontarsi con il mondo digitale, quindi, ha fatto emergere il *digital divide* che contraddistingue gran parte delle risorse impiegate nella PA. Sono emerse, infatti, sia le carenze di infrastruttura che di competenze personali. Nonostante ARPA Lombardia potesse contare su una valida infrastruttura informatica e su un'elevata scolarizzazione del personale dipendente (personale laureato > 60%), il regime emergenziale di smart-working ha evidenziato aspetti migliorabili quali, per esempio, la transizione operativa all'utilizzo del cloud e delle web app.

Con il PNRR il Governo ha inteso rilanciare la formazione dei dipendenti pubblici, considerando cruciale l'efficienza dell'apparato amministrativo per l'attuazione del Recovery Plan. In questo disegno la riqualificazione del personale potrà contare su ingenti investimenti che complessivamente sono stati stimati in circa 1 miliardo di euro.

4.2 Il caso di ARPA Lombardia, proposte e prospettive di sviluppo

L'ufficio formazione è inserito nell'Unità Operativa Complessa Risorse Umane appartenente alla Direzione Amministrativa. Gli obiettivi delle attività di formazione e addestramento sono i seguenti:

- favorire il processo di inserimento dei neoassunti in modo da facilitare il processo di professionalizzazione e di socializzazione organizzativa delle persone. Il corretto inserimento porta a facilitare l'interiorizzazione dei valori e della cultura aziendale fornendo anche indicazioni riguardo alle aspettative della persona inserita. Per fare questo è quasi sempre necessario armonizzare il patrimonio professionale della persona con le reali esigenze dell'agenzia. L'inserimento durante la fase iniziale è più intenso ma il processo di apprendimento è continuo in quanto livello e qualità di conoscenza mutano continuamente, dato il contesto estremamente professionalizzato;
- creare una cultura dell'ambiente che possa essere confrontata con i portatori di interesse. La formazione in ARPA non è solo il luogo del ricevere ma anche del dare. Ogni dipendente è al centro del processo di trasformazione dell'agenzia che chiede uno sforzo di

innovazione e divulgazione del sapere. Trattando argomenti estremamente innovativi ci si rende conto che è difficile acquistare corsi «chiavi in mano» perché, in taluni casi, ARPA Lombardia è punta avanzata in svariate discipline. Il processo di apprendimento necessita quindi di essere continuamente modificato. La forte spinta alla condivisione, resa possibile dai software in uso descritti in seguito, rende concreta la possibilità di una crescita professionale efficace.

In un contesto così descritto, in continua evoluzione, è richiesta la progettazione di nuovi sistemi di valutazione dell'attività formativa che superino gli schemi classici per approdare a un approccio di fiducia reciproca tra agenzia e dipendente in modo da accrescere il patrimonio professionale dei singoli e dell'intera organizzazione.

L'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Lombardia, già negli scorsi anni aveva sperimentato l'utilizzo di piattaforme digitali per l'erogazione dei propri corsi di formazione, in particolare sono stati erogati alcuni corsi di carattere obbligatorio per tutto il personale dipendente, avvalendosi di fornitori esterni nell'ambito di un progetto di Learning Management System. L'utilizzo di queste tecnologie ha permesso di raggiungere la totalità del personale destinatario del corso riducendo al minimo gli adempimenti amministrativi connessi all'erogazione e massimizzando al contempo l'efficacia del corso stesso.

Durante il periodo di lockdown, l'ufficio formazione si è ritrovato nella necessità di rispondere a una richiesta di corsi di formazione: crescente nei volumi, mutata nei contenuti e necessariamente erogata con strumenti digitali che ne permettessero la fruizione non in presenza. Grazie alla propria infrastruttura informatica, alla ampia e consolidata disponibilità per tutti i dipendenti di computer portatili e degli strumenti della suite Microsoft 365, l'agenzia ha potuto rapidamente dirottare su canali digitali gli eventi formativi programmati che potevano essere erogati in videoconferenza e realizzato una serie di eventi formativi che aumentassero le capacità degli operatori di utilizzare tutti gli strumenti digitali disponibili per svolgere le loro mansioni quotidiane a distanza.

Nonostante l'utilizzo degli strumenti della suite Microsoft 365 abbia permesso di rispondere alle richieste dell'utenza in termini di formazione durante l'emergenza Covid-19, sono emersi con chiarezza i limiti di tali strumenti, aprendo la strada a un progetto di costituzione di un sistema informatico dedicato alla formazione del personale che fosse in grado di coprire a 360 gradi le esigenze agenziali; un sistema focalizzato sui contenuti che realizzasse nel contempo l'automazione delle attività amministrative connesse alla somministrazione degli stessi.

Il progetto «*long-life learning* ARPA Lombardia» mira alla realizzazione di un sistema di gestione della formazione del personale che già nella fase sperimentale è caratterizzato dai seguenti elementi.

Gestione automatica delle iscrizioni ai corsi. Il portale della piattaforma permette ai dipendenti di gestire in autonomia la fase di iscrizione ai corsi nel rispetto della pianificazione agenziale che definisce criteri di accesso personalizzati per i vari profili o tramite codici che

garantiscono la frequenza ai soli discenti che possiedono le relative credenziali di accesso. Il sistema fornisce dal lato amministrativo una reportistica dinamica delle adesioni alle varie iniziative e invia notifiche personalizzate ai discenti a seconda delle esigenze si dovessero presentare. Al fine di agevolare la fase di login, le credenziali di accesso alla piattaforma sono le medesime utilizzate per l'accesso al proprio profilo aziendale.

Ambiente collaborativo per la creazione degli eventi. La fase di creazione dei corsi avviene nativamente sulla piattaforma, dove i docenti o creatori di corsi possono simultaneamente operare, avvalendosi di una serie di attività didattiche predisposte allo scopo di agevolare la creazione, con la possibilità di utilizzare forum collaborativi a loro dedicati residenti nel perimetro del corso stesso.

Gestione delle sessioni FAD asincrone, sincrone e delle sessioni in presenza. Senza la necessità di acquisire nuovi strumenti digitali e la conseguente necessità di impararne l'utilizzo, la piattaforma si integra con l'utilizzo di applicazioni Microsoft 365 già in dotazione da anni in agenzia, le app Microsoft Stream e Microsoft Teams, permettono la realizzazione degli eventi in streaming, lo storage dei video e le lezioni con interattività di sala in modalità sincrona. La presenza dei partecipanti viene rilevata automaticamente dal sistema e tale automazione è estesa anche alle sessioni in presenza dove il foglio firme è sostituito dalla scansione di un QR-code. Nel ventaglio di modalità a disposizione per l'erogazione dei corsi, merita un cenno il blended learning, ossia della didattica ibrida capace di combinare la formazione digitale asincrona a momenti di confronto con il docente ovvero a sessioni di pratica, è particolarmente importante. L'approccio blended che integra quindi presenza e virtualità potrebbe essere particolarmente favorevole nel caso di corsi rivolti a figure professionali tecniche, in quanto vi sono modalità di apprendimento che necessitano, oltre a una docenza asincrona, un momento formativo in situ.

Contenitore dei documenti annessi a ogni singolo corso. Grazie all'integrazione della piattaforma con gli strumenti Microsoft 365, la documentazione a corredo dei corsi e i link alle relative risorse del centro documentazione aziendale, sono archiviati su server ARPA SharePoint e sempre disponibili ai discenti semplicemente accedendo al corso anche oltre alla sua conclusione. Se previsto, il docente può gestire, all'interno del corso, un canale comunicativo con i discenti tramite forum tematici che possono operare oltre la scadenza dell'evento formativo in sé.

Gestione del piano formazione sotto forma di portfolio dinamico. Il piano formazione agenziale che è redatto annualmente da ARPA potrà evolvere e declinarsi in forma di portfolio dinamico, la piattaforma infatti prevede la possibilità di raccogliere le proposte di nuovi corsi direttamente dai dipendenti o da sottoinsiemi più ristretti di questi e di rendere disponibili gli eventi in maniera dinamica e personalizzabile, a seconda dei profili e del contesto.

Gestione delle customer satisfaction e delle valutazioni dei discenti. La piattaforma dispone nativamente degli strumenti per somministrare questionari finalizzati alla valutazione del livello di gradimento dei corsi e della valutazione del grado di apprendimento dei discenti. La piattaforma, connessa all'applicazione Microsoft PowerBI, fornisce la reportistica per rappresentare dinamicamente, in forma sintetica o di dettaglio, gli aspetti correlati. Tali dati in passato venivano annotati, elaborati e archiviati, ma riuscivano con fatica a esprimere la loro forza nelle scelte strategiche della pianificazione della formazione.

Gestione di badge con scadenza per gli addestramenti periodici. La piattaforma permette di assegnare ai discenti dei riconoscimenti «badge» secondo schemi predeterminati, questo strumento offre l'opportunità di gratificare alcune azioni dei dipendenti, innescando una positiva affiliazione al sistema, che potrebbe addirittura strutturarsi in forma di competizione «gamification» nel raggiungimento di molteplici obiettivi di apprendimento. Di particolare interesse la possibilità di prevedere una scadenza dei badge rilasciati, infatti, con tale strumento sarà possibile per corsi e addestramenti periodici (mantenimento qualifiche, sicurezza ecc.) verificare quali dipendenti siano in possesso del relativo badge non scaduto, in scadenza e in tal caso entro quanto.

Gestione del rilascio dei certificati digitali siano essi di presenza e/o di profitto con sistema codificato di validazione. L'attività amministrativa di rilascio certificati ha storicamente impegnato molto gli uffici formazione che si ritrovavano a gestire sterminati elenchi di destinatari, lunghe code di stampa e impegnative sessioni di firma in modalità olografa. La piattaforma gestisce automaticamente tutte queste attività e garantisce l'autenticità dell'attestato tramite un codice univoco per ogni singolo attestato emesso, tale condizione è inoltre verificabile con semplice scansione del QR-code che contraddistingue ogni documento rilasciato. I dipendenti potranno sempre accedere nel loro profilo nella piattaforma ai propri attestati evitando quindi la necessità di richiedere duplicati in caso di smarrimento.

Gestione delle competenze e abilità tramite piani di formazione personalizzati. La piattaforma permette nativamente di abbinare il riconoscimento di competenze specifiche al superamento di uno step formativo da parte dei dipendenti. Definiti i quadri delle competenze richieste al personale secondo le proprie mansioni è possibile proporre ai dipendenti un piano di formazione personalizzato monitorando l'accrescimento della competenza per ogni singolo dipendente o aggregazione di questi tramite i già menzionati strumenti di business intelligence.

Gestione del fascicolo personale della formazione compresa l'autocertificazione/validazione delle competenze pregresse. Storicamente gli strumenti dedicati alla tenuta dei fascicoli relativi alla formazione del personale erano distinti dagli strumenti utilizzati per la pianificazione dei corsi e alla erogazione degli stessi, costringendo gli uffici formazione a una tediosa attività di data entry in molteplici archivi digitali e/o cartacei. L'adozione della

piattaforma permette una storicizzazione automatica delle informazioni relative alla formazione di ogni singolo dipendente che può visualizzare in tempo reale il proprio profilo. La piattaforma prevede inoltre la possibilità da parte dei dipendenti di arricchire il proprio profilo tramite l'autocertificazione di esperienze formative pregresse, l'agenzia può, ove ne ravveda le condizioni, validare l'attestazione riconoscendo delle competenze tra quelle internamente definite. La valutazione delle competenze, finalizzata all'accrescimento delle stesse, è destinata a breve ad assumere ruoli cruciali nella pubblica amministrazione. La piattaforma permette di gestire completamente tale aspetto, fornendo dati sullo stato dei singoli dipendenti, così da poterne riconoscere il merito, pianificarne la crescita e ottimizzare il proprio incardinamento nell'assetto organizzativo.

Dashboard per il monitoraggio e il governo della formazione agenziale. L'Agenzia ha sempre tenuto in grande considerazione la formazione continua dei propri dipendenti e allo scopo ha negli anni valutato l'evoluzione del contesto e di conseguenza le esigenze formative tramite sondaggi periodici e documenti di sintesi della propria capacità di risposta a tali esigenze. La piattaforma connessa agli strumenti di business intelligence permette di ottenere ora tali informazioni in tempo reale, superando la logica delle analisi annuali o semestrali, garantendo agli organi di governo di pianificare sulla base di dati oggettivi, monitorare costantemente e intervenire con tempestività nell'adozione delle opportune correzioni in scenari sempre più in rapida evoluzione.

LMS basato su standards riconosciuti e consolidati che evitino rapida obsolescenza o costi di manutenzione eccessivi. La piattaforma attualmente in sperimentazione presso l'Agenzia fa ampio uso di software open-source interagendo con altri software commerciali già acquisiti riducendo quindi al minimo, attualmente nullo, il costo della sperimentazione. I principali software open-source utilizzati nella sperimentazione sono:

- **Ubuntu 20.04 LTS.** Il sistema operativo scelto garantisce aggiornamenti per la sicurezza fino al 2030. Ubuntu negli ultimi decenni ha dimostrato a livello planetario caratteristiche di grande affidabilità, la community di supporto è estremamente diffusa e collaborativa. Linux è il più utilizzato sistema operativo per server web. Il sistema è universalmente disponibile dal 1992 come software gratuito e con le conoscenze giuste è possibile adattarlo alle proprie esigenze grazie alla sua struttura modulare. Con la sua affidabilità, stabilità ed efficienza Linux è stata, a nostro avviso, la soluzione migliore per la sperimentazione della piattaforma;
- **Apache http server.** Altro strumento open-source è Apache2: si tratta del web server modulare più diffuso su scala globale, è in grado di operare su una grande varietà di sistemi operativi, tra questi ovviamente UNIX/Linux e Microsoft Windows, la scelta è stata effettuata per garantire l'utilizzo di un sistema ampiamente diffuso, consolidato e flessibile per futuri sviluppi o migrazioni su altri sistemi operativi;

- **MariaDB/MySQL.** Sempre nell'ottica di creare una piattaforma basata su software open-source che rappresentassero nel contempo gli standard globali di settore, la scelta del DBMS (database management system) è ricaduta su tali strumenti che di fatto sono i più utilizzati al mondo;
- **Moodle.** Moodle, acronimo di *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*, è un'ambiente per l'apprendimento modulare, dinamico, orientato a oggetti. Si tratta di un ambiente informatico per la gestione di corsi, ispirato al costruzionismo, teoria secondo la quale ogni apprendimento sarebbe facilitato dalla produzione di oggetti tangibili. Moodle, software open-source, è utilizzato da centinaia di milioni di studenti in tutto il mondo ed è attualmente la soluzione di apprendimento online tra le più personalizzabili e affidabili. Centinaia di migliaia di organizzazioni, in ogni settore dell'istruzione, in tutti i tipi di luoghi di lavoro, in tutti i Paesi del mondo e in quasi tutte le lingue. Si stimano complessivamente 186 mila piattaforme che erogano 37 milioni di corsi a 282 milioni di utenti in 240 paesi nel mondo.

Le caratteristiche che contraddistinguono il progetto «*long-life learning* ARPA Lombardia», permettono di ipotizzare, nel corso del biennio 2022/2023, la futura creazione di MOOC sui temi ambientali che abbiano la capacità di connettersi in interoperabilità con altri enti e organizzazioni, prime tra tutte le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente e le università. Tale interoperabilità potrà essere garantita tramite la progettazione dei corsi in ossequio delle specifiche dell'IMS Global Learning Consortium e l'utilizzo di specifici *tools*, nativamente integrati, LTI (*Learning Tools Interoperability*).

La piattaforma potrà utilmente supportare l'agenzia nel valutare anche le *soft skills* dei dipendenti, tramite la somministrazione di opportuni questionari, ottenendo importanti informazioni per pianificare, per quanto possibile, percorsi di impiego e crescita professionale individuali, rispettosi delle inclinazioni personali dei singoli dipendenti.

Nonostante il prioritario obiettivo di accrescere le competenze del personale tramite gli eventi formativi e quindi dare enfasi alla valutazione delle competenze rispetto alla verifica del tempo dedicato alla formazione, criterio spesso utilizzato per l'erogazione dei crediti formativi, la piattaforma permetterà ove necessario l'adozione di meccanismi di *proctoring* avanzati e automatizzati nonché meccanismi di SEB (*Safe Exam Browser*) e *anti-plagiarism*.

4.3 Learning management systems e MOOCs

I learning management systems (LMS) sono piattaforme applicative che permettono l'erogazione dei corsi in modalità e-learning al fine di contribuire a realizzare le finalità previste dal progetto educativo dell'istituzione proponente. Il learning management system presidia la distribuzione dei corsi online, l'iscrizione degli studenti, il tracciamento delle attività online. Il loro utilizzo è consolidato in svariati ambiti formativi dai primi anni 2000 e stanno vivendo una crescita esponenziale a livello planetario. ARPA Lombardia ha inteso sperimentare un

percorso di cambiamento avvalendosi della tecnologia per garantire la formazione dei propri dipendenti e perseguire la propria mission dell'educazione ambientale con metodologie al passo con i tempi. Anche altre pubbliche amministrazioni stanno aderendo all'adozione di tali sistemi, prima tra tutte merita di essere citata la Scuola Nazionale per l'Amministrazione (SNA), che con il LMS Moodle ha sperimentato la transizione della modalità erogativa raggiungendo con maggiore efficacia ed efficienza un'ampia platea di discenti non ipotizzabile con le classiche lezioni in aula in presenza.

I MOOCs (Massive Open Online Courses) sono corsi pensati per una formazione a distanza che coinvolga un numero elevato di utenti; si sono diffusi a partire dal 2011 quando la Stanford University erogò gratuitamente un corso post lauream di intelligenza artificiale, il quale raggiunse circa le 160.000 iscrizioni da parte di studenti provenienti da 190 paesi. Le risorse stanziare per la Formazione dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ammontano a 1 miliardo di euro, di questi 10 milioni andranno ad almeno 100 MOOC sulle nuove competenze richieste nella pubblica amministrazione. L'ARPA Lombardia, affinando l'utilizzo delle moderne tecnologie, potrà realizzare dei MOOC ambientali che nello scenario attuale richiamerebbero ampia adesione da parte delle università, enti pubblici e impegnati nell'ambito ambientale.

In sintesi

La pandemia «Covid-19» e il conseguente lockdown hanno improvvisamente dirottato l'accesso alla formazione attraverso strumenti digitali.

Il progetto «*long-life learning* ARPA Lombardia» mira alla realizzazione di un sistema di gestione della formazione del personale che già nella fase sperimentale è caratterizzato dai seguenti elementi:

- gestione automatica delle iscrizioni ai corsi;
- creazione dei corsi avviene nativamente sulla piattaforma digitale, digital by default;
- integrazione della piattaforma con gli strumenti già adottati in agenzia;
- gestione del piano formazione sotto forma di portfolio dinamico;
- nuova gestione dei percorsi di valutazione dell'efficacia formativa;
- gestione delle competenze e abilità tramite piani di formazione personalizzati individuati da specifici step formativi;
- gestione del fascicolo personale della formazione compresa l'autocertificazione/validazione delle competenze pregresse.

ARPA Lombardia ha inteso sperimentare un percorso di cambiamento avvalendosi della tecnologia per garantire la formazione dei propri dipendenti e perseguire la propria mission dell'educazione ambientale con metodologie sempre più al passo con i tempi.

Ripasso

1. Cosa è «Apache2»?

- A. Un'applicazione web open-source
- B. Un web server
- C. Un database relazionale
- D. Un sistema operativo

2. Cosa è «Moodle»?

- A. Un corso in FAD
- B. Un web server
- C. Un LMS open-source
- D. Un CMS – open-source

3. Cosa si intende con «MOOC»?

- A. Una formazione a distanza che coinvolga un numero elevato di utenti
- B. Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment
- C. Un sistema operativo
- D. Un database management system

Riferimenti bibliografici

Apache Software Foundation, disponibile su: <http://www.apache.org/>.

Bertagna G. (2021), «PA, la riqualificazione del personale punta a 1 miliardo di euro», *Il sole 24 ore*, n. 238, martedì 31 agosto 2021.

Consorzio di apprendimento globale IMS, disponibile su: <<http://www.imsglobal.org/>> [ultima consultazione: 22/10/2021].

Learning management system – Wikipedia, disponibile su: <https://it.wikipedia.org/wiki/Learning_management_system> [ultima consultazione: 22/10/2021].

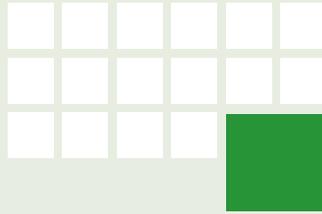
MariaDB Foundation, disponibile su: <<https://mariadb.org/>> [ultima consultazione: 22/10/2021].

Moodle commercial, disponibile su: <<https://moodle.com/it/>> [ultima consultazione: 22/10/2021].

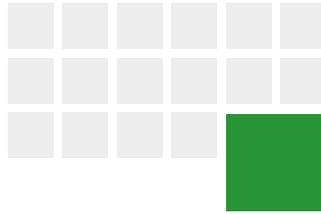
Moodle Open-source learning platform, disponibile su: <<https://moodle.org/>> [ultima consultazione: 22/10/2021].

«Pubblica amministrazione – La formazione ai tempi della pandemia: l'esperienza della Scuola Nazionale dell'Amministrazione», disponibile su: <<https://www.formazione-cambiamento.it/>> [ultima consultazione: 22/10/2021].

Ubuntu Italia, disponibile su: <<https://www.ubuntu-it.org/>> [ultima consultazione: 22/10/2021].



Programmazione e sistema



5

Programmazione sanitaria: DM 70/2015 e atti di programmazione regionale

Aida Andreassi

5.1 Livello nazionale e livello regionale nella programmazione sanitaria

La programmazione sanitaria vede una stringente integrazione tra atti normativi nazionali e atti regionali che si strutturano sul solco delle indicazioni che vengono declinate a monte attraverso i principali indirizzi di ordine politico ed economico.

Le Regioni sono costantemente chiamate a collaborare nella stesura dei documenti tecnici attraverso la partecipazione alle commissioni istituite dal livello ministeriale anche attraverso il supporto di Agenas.

Le indicazioni che nascono dai documenti tecnici sono poi declinate attraverso le norme specifiche: leggi, decreti e accordi tra Stato e Regioni e possono avere una valenza stringente ovvero essere atti di indirizzo.

Ogni Regione nell'ambito delle specifiche autonomie è tenuta a garantire l'erogazione delle prestazioni riconosciute nei LEA e a rispondere della spesa sanitaria sostenuta dal proprio bilancio. Nella cornice di questi alti atti normativi si muove il dettaglio della successiva programmazione sanitaria.

Possiamo quindi definire che le leve principali di governo del livello nazionale nella programmazione sanitaria sono tre e riguardano:

- le risorse economiche a disposizione;
- gli standard organizzativi da attuare dovunque;
- l'erogazione di attività che devono essere garantite a tutti i cittadini.

Il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 [1] costituisce un essenziale documento di programmazione sanitaria che ha ridisegnato l'architettura dell'intera rete ospedaliera nazionale, e ha segnato l'avvio della fase attuativa del processo di riorganizzazione e di riqualificazione delle unità di offerta sanitarie.

L'obiettivo di coniugare appropriatezza, qualità e sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie con un significativo efficientamento dell'attività è ambizioso, ma necessario e condiviso dai clinici, dai pazienti e dai responsabili organizzativi delle strutture sanitarie.

L'individuazione del ruolo delle strutture in funzione di parametri oggettivi (quali per esempio i bacini di utenza e i volumi di attività) rappresenta, senza dubbio, l'aspetto più positivo del DM n. 70/2015, in quanto evita inutili duplicazioni delle strutture, con evidenti benefici in termini di efficienza nell'utilizzo delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale.

Il rapporto tra volume di prestazioni, esiti delle cure e assetto organizzativo delle strutture, rappresenta poi il vero fattore di garanzia della qualità e sicurezza delle cure erogate ai cittadini su tutto il territorio nazionale.

Rendere più specifica la missione assistenziale affidata ai singoli ospedali consente a tutte le componenti del sistema di svolgere il proprio specifico ruolo di «presa in carico del paziente», garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità con i contesti territoriali di riferimento e con l'utenza che devono servire.

Il DM 70/2015 contiene degli standard di riferimento che definiscono sostanzialmente:

- i volumi di attività (e conseguentemente i bacini di riferimento);
- gli indicatori di processo e di esito;
- i livelli organizzativi della rete ospedaliera che sono indicati per delineare sia la complessità organizzativa (che deve essere assicurata dalle diverse strutture), sia il ruolo che ciascun presidio deve svolgere all'interno della rete.

Regione Lombardia quasi contestualmente all'approvazione del decreto ministeriale, ha avviato un'articolata riforma del servizio sociosanitario finalizzata a rafforzare maggiormente la stretta integrazione tra area ospedaliera e area territoriale.

Il percorso di evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo ha attribuito alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) il compito di erogare i servizi nell'ambito di due poli di offerta: la rete territoriale e il polo ospedaliero, ognuno dotato di proprie specificità, ma fortemente complementari e che, riferendosi a un ambito unitario di erogazione, avrebbero offerto la risposta più funzionale ai bisogni del paziente.

Il processo di trasformazione delle precedenti aziende ospedaliere in ASST concretizza una svolta organizzativa che dovrebbe consentire flessibilità e maggiore possibilità di adattamento alle mutate caratteristiche dei processi d'offerta in risposta ai cambiamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti a forte necessità di integrazione di as-

sistenza ospedaliera e territoriale (cronici, anziani fragili ecc.), confermando la necessità di specifiche reti di cura.

Questo sviluppo è del tutto coerente con il solco programmatico tracciato dallo stesso DM 70/2015, i cui obiettivi impongono di integrare la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali, nell'ambito di un percorso di riqualificazione sostenibile dei servizi sanitari regionali, capace di integrare la rete dell'emergenza-urgenza, la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali.

5.2 L'organizzazione della rete ospedaliera

In Regione Lombardia da diverso tempo si è prestata attenzione allo sviluppo organizzativo «a rete»: basti pensare alle diverse reti di patologia che negli anni sono state attivate e hanno consentito di ottenere significativi progressi.

Oltre ai poli ospedalieri delle ASST, la competenza specialistica è completata dalla ricca e qualificata offerta regionale di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dalla consolidata presenza dei presidi ospedalieri privati accreditati.

In tale contesto organizzativo è presente la forte rete formativa universitaria, pubblica e privata, che individua i poli universitari e i presidi di riferimento per le attività di insegnamento e ricerca, elementi essenziali per lo sviluppo continuo della qualità delle cure e dell'innovazione in sanità.

Nell'ambito dell'integrazione di cui sopra, la rete di offerta per pazienti acuti, deve offrire adeguate risposte sia di assistenza specialistica programmata sia di trattamenti di urgenza/emergenza: entrambe le tipologie necessitano di livelli di complessità organizzativa differenziabili in bassa, media e alta complessità che trovano corrispondenza nella classificazione di presidi di base, di I e di II livello e nella differenziazione in pronto soccorsi, DEA di I e di II livello. Per poter assicurare livelli di diagnosi e trattamento adeguati nelle situazioni di urgenza/emergenza sono di norma necessarie discipline che, pur con qualche eccezione, qualificano anche il presidio quale sede di cura appropriata delle patologie specialistiche programmabili.

Per talune attività super-specialistiche (attività di trapianto, trattamento delle malattie rare, nonché le sofisticatissime tecnologie innovative recentemente introdotte, ma anche all'alto livello di automazione raggiunto in alcune tecniche laboratoristiche), si impone un elevato livello di centralizzazione per poter assicurare al meglio l'attività.

Iniziando dall'area specifica dell'urgenza/emergenza, così come previsto dalle indicazioni contenute nel documento approvato dall'intesa Stato-Regioni, è bene ricordare che gli standard relativi ai volumi di accessi e dei conseguenti bacini di riferimento devono tenere in debita considerazione anche le situazioni orografiche, viabilistiche e la distribuzione logistica dei diversi presidi esistenti sul territorio regionale.

Non sono però in nessun caso derogabili i requisiti di sicurezza che prevedono, in funzione dei diversi ruoli attribuiti a ciascun presidio, dotazioni organiche, tecnologiche e strutturali, necessari per poter offrire un adeguato livello di prestazioni.

Considerato che in Lombardia si può ritenere ormai consolidata la riorganizzazione del sistema di urgenza/emergenza territoriale [118] e che con DGR n. XI/1179 del 28 gennaio 2019 [2] è stata aggiornata la classificazione dei DEA di II livello attualmente definiti in numero di 14 e sono stati poi definiti i seguenti ulteriori livelli di operatività dei presidi afferenti alla rete di urgenza/emergenza ospedaliera:

- presidi ospedalieri sede di DEA di I livello;
- presidi ospedalieri sede di pronto soccorso e presidi specialistici;
- presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate.

A livello Nazionale l'attenzione dedicata all'assistenza sanitaria in emergenza non si limita alla definizione della rete dell'emergenza-urgenza, ma si esplicita nella ricerca di modalità organizzative uniformi delle attività dei PS/DEA ai fini di garantire qualità e sicurezza delle cure. Nel dettaglio con il documento dell'intesa Stato-Regioni dell'1 agosto 2019 vengono approvati i documenti relativi alle «linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero» [3], «linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva-OBI» [4] e «linee di indirizzo nazionale per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso» [5] già precedentemente adottate in Regione Lombardia con DGR n. X/2933 del 19 dicembre 2014 [6].

Presidi ospedalieri sede di DEA di I livello

Rispetto a quanto stabilito con la DGR n. XI/1046/2018 [7], i requisiti organizzativi dei DEA I sono di seguito ulteriormente precisati, precisando che ogni requisito deve essere assolto:

- équipe mediche e infermieristiche dedicate all'attività di emergenza e urgenza in numero sufficiente rispetto al volume di attività, con copertura del servizio H/24 e con disponibilità di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- unità di terapia intensiva generale, con servizio guardia H/24;
- unità di terapia semi-intensiva; qualora tali unità siano autonome è requisito obbligatorio la guardia H24 dello specialista di riferimento, mentre se tali posti letto sono integrati in area critica, in funzione dell'organizzazione del presidio e della dimensione delle aree integrate, può essere sufficiente la presenza del medico di guardia di anestesia e rianimazione;
- unità/sezioni di degenza di medicina interna, cardiologia, chirurgia generale con servizio di guardia H/24 (medicina Interna e chirurgia generale anche in forma interdisciplinare rispettivamente nell'area medica e chirurgica);
- unità/sezione di degenza di ortopedia e traumatologia, con servizio di guardia H/24 se il presidio è inserito nella rete trauma come CTS (centro traumi di alta specializzazione)

o come CTZ+NCH (centro traumi di zona+neurochirurgia); per le strutture connotate come CTZ (centri trauma di zona da prevedersi dolo nei DEA I) o PST (pronto soccorso per traumi), è prevista la possibilità di copertura del servizio notturno con la pronta disponibilità;

- unità/sezione di degenza di neurologia con presenza specialistica nelle 24 ore se presente una sezione di degenza autonoma di stroke unit, ovvero, negli altri casi, presenza del neurologo diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
- unità di pediatria e ostetrica-ginecologia con servizi di guardia H/24 se attivo presso il presidio un punto nascita, ovvero con possibilità di consulenza specialistica H/24 nelle restanti situazioni;
- funzioni di consulenza oculistica, otorino, urologia assicurabili H/24 anche tramite consulenze specialistiche in convenzione;
- funzioni di consulenza psichiatrica H/24 assicurabili, ove non presenti nel presidio SPDC, anche tramite consulenze specialistiche in convenzione;
- funzioni di:
 - radiologia in grado di effettuare nelle 24 ore TAC ed ecografie;
 - laboratorio in grado effettuare nelle 24 ore prestazioni laboratoristiche di urgenza;
 - attività di medicina trasfusionale nei limiti definiti dalla normativa regionale in materia.

Le funzioni di cui al presente punto possono prevedere che l'attività di refertazione e di consulenza specialistica vengano assicurate anche da remoto.

Sulla base dei requisiti sopra esposti, superiori a quanto definito dal DM70/2015, i DEA di I livello che sono stati individuati in Regione Lombardia sono 32.

Ospedali sede di pronto soccorso

Rispetto a quanto stabilito con la DGR n. XI/1046/2018 (?) si sono confermati i requisiti organizzativi definiti così come di seguito dettagliatamente specificati:

- i PS in strutture con una presenza media > 100 pazienti/giorno devono rispettare i seguenti requisiti minimi di presidio:
 - équipe mediche e infermieristiche dedicate H24 all'attività di emergenza urgenza e con disponibilità di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
 - servizio di guardia H/24 di anestesia e rianimazione (anche nel caso non siano attivi nel presidio p.l. di terapia intensiva);
 - unità di medicina interna con servizio di guardia h24 indipendente dalla guardia di PS;

- unità/sezioni di chirurgia generale e di ortopedia-traumatologia, entrambe con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
 - unità/sezioni di pediatria e ostetricia-ginecologia con servizi di guardia H/24 se attivo presso il presidio un punto nascita;
 - funzioni di radiologia, laboratorio, emoteca in grado di assicurare, nelle 24 ore l'esecuzione on site delle prestazioni strettamente correlate con l'attività di emergenza-urgenza di base, nonché l'attività di refertazione/consulenza, anche da remoto.
- I PS in Strutture con una presenza media < 100 pazienti/giorno devono rispettare i seguenti requisiti minimi di Presidio:
- équipe mediche e infermieristiche dedicate almeno H12 all'attività di emergenza urgenza;
 - servizio di guardia H/24 di anestesia e rianimazione in orario notturno in compartecipazione con l'attività di emergenza urgenza extra-ospedaliera;
 - un secondo medico di servizio di guardia H24, di norma internistica, che svolga attività sia in PS che di guardia nel presidio;
 - unità di medicina interna;
 - unità/sezioni di chirurgia generale e di ortopedia-traumatologia, entrambe con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
 - funzioni di radiologia, laboratorio, emoteca in grado di assicurare, nelle 24 ore l'esecuzione on site delle prestazioni strettamente correlate con l'attività di emergenza-urgenza di base, nonché l'attività di refertazione/consulenza, anche da remoto.

Relativamente ai PS sede di presidi specialistici, anche di alta specializzazione, si conferma quanto stabilito dalla DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 [7]: rispetto ai requisiti minimi previsti per un PS la presenza del servizio di guardia H/24 di medicina interna e di guardia notturna/pronta disponibilità di chirurgia generale e di ortopedia-traumatologia possono essere sostituiti da servizi di guardia H/24 nella specialità di riferimento della struttura, oltre ovviamente a:

- équipe mediche e infermieristiche dedicate all'emergenza urgenza H24;
- servizio di guardia H/24 di anestesia-rianimazione;
- funzioni di supporto diagnostico indicate per le strutture sede di PS.

Sulla base dei requisiti sopra esposti i PS generalisti che sono stati individuati in Regione Lombardia sono 48.

Otto presidi vengono individuati sede di PS specialistici.

Punti di primo intervento e punti di intervento medico

Nelle zone con bassa, bassissima densità abitativa, viabilisticamente lontane da altri PS/DEA più di 25-30 minuti, è prevista la possibilità di mantenere attivi punti di primo intervento (PPI) supportati dal Sistema di Emergenza Territoriale.

Anche in Regione Lombardia si è strutturata una possibilità per alcuni presidi che non hanno più le caratteristiche di accettazione in emergenza-urgenza dei pazienti di poter essere comunque presenti sul territorio con una diversa funzione.

5.3 La riorganizzazione delle reti durante l'emergenza Covid-19

Dal 2006 sono state attivate le principali reti regionali di patologia (rete oncologica (ROL), rete ematologica (REL), rete nefrologica (ReNe), rete stroke, rete stemi, rete trauma, rete udito, rete diabete, rete HCV ecc). quale modello di integrazione dell'offerta in grado di sviluppare la diffusione sul territorio dei centri di eccellenza e di tecnologie a elevato standard assistenziale, le sinergie tra gli operatori e la condivisione collegiale dei protocolli di procedura basati sulle «best practice».

L'art. 2 del DL 34/2020 [8] e le linee di indirizzo emanate dal Ministero della Salute in data 29 maggio 2020 [9] a seguito delle esigenze emerse in corso di pandemia Covid-19, sulla base della popolazione residente in Regione Lombardia, ha previsto nella nostra Regione di strutturare una dotazione di 1446 posti letto di terapia intensiva. Oltre a tale dotazione è prevista una riqualificazione di ulteriori 704 letti di terapia semi-intensiva che devono essere in grado di supportare attività di assistenza ventilatoria in area medica, fruibili anche per attività infettivologica, almeno la metà dei quali (352) in grado di poter essere tempestivamente riconvertiti in letti di terapia intensiva.

A seguito dell'approvazione del piano ospedaliero da emergenza Covid recepito con DGR n. XI/3264 del 16 giugno 2020 [10] e approvato dal Ministero in data 28 luglio 2020, è stato avviato il consolidamento dell'articolazione ospedaliera a rete delle unità ad alta intensità di cura, in grado di adeguarsi quanto più velocemente e flessibilmente possibile all'eventuale variare della situazione pandemica.

Per fronteggiare adeguatamente eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica si è prefigurato e strutturato un sistema che prevede diversi assetti di rete ospedaliera attivabili in rapida successione che, in funzione dell'eventuale aumento del bisogno assistenziale, potessero prontamente ampliare l'offerta recettiva, soprattutto nelle aree mediche (pneumo-infettivologiche), semi-intensive e intensive, al fine di poter consentire una adeguata assistenza a pazienti Covid-19. In tale modello organizzativo è stato definito livello 0 l'asset-

to organizzativo pre-epidemico e livello 4 della rete ospedaliera quello che si è sviluppato nel momento di picco dell'epidemia Covid-19.

Il rapido ampliamento della rete ospedaliera viene attivato a seguito di individuazione dei diversi livelli di allerta che si evidenzieranno anche sulla base del sistema di monitoraggio attivato dal Ministero con decreto del 30 aprile 2020 [11] anche integrato da indicatori ospedalieri appositamente introdotti in ambito regionale e finalizzati anche a rilevare, con la maggiore tempestività possibile, ogni minimo segnale di allerta a livello di singolo ospedale: a ogni superamento del livello di allerta precedente si prevede l'ampliamento della rete delle strutture coinvolte, secondo un ordine prestabilito e fino al massimo della potenzialità prevista.

In questi livelli anche le reti di patologia e le reti tempo dipendenti vengono rivalutate in funzione delle necessità assistenziali prioritarie.

Così abbiamo assistito durante i picchi della pandemia da Covid-19 a una riorganizzazione delle attività a esse correlate e allo sviluppo di logiche di collaborazione tra équipe che sono state disponibili a collaborare tra loro in diverse sedi per consentire una sufficiente presa in carico di situazioni sanitarie critiche e complesse anche durante i giorni più difficili della pandemia.

5.4 Gli ospedali di comunità

Pur non essendo rinvenibili i c.d. ospedali di comunità, in Lombardia sono stati avviati altri modelli che hanno previsto oltre agli specialisti medici, anche il coinvolgimento dei MMG/PLS nell'ambito di specifici progetti sperimentali che hanno interessato alcuni territori (esempio: progetto PRINGE e progetto STAR). In questa ottica dovrebbero essere strutturati anche i presidi ospedalieri territoriali (POT) che rappresenteranno modalità organizzative di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità.

Nelle more del recepimento di quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 febbraio 2020 [12] in materia di presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/ospedale di comunità, per tipologia di utenza target e per assetto organizzativo, si possono assimilare nel nostro territorio anche le seguenti unità di offerta: posti tecnici di cure sub-acute, cure post-acute, degenze per sorveglianza, degenze di comunità.

	31/12/2019	31/12/2020
DENOMINAZIONE	n. posti letto	n. posti letto
SUBACUTE	1.1 49	1.1 78
ASSISTENZA RESIDENZIALE POST-ACUTA (DGR 3383/2014)	4 30	4 20
PROGETTO STAR (DGR 6766/2017)	20	20

(continua)

PROGETTO PRINGE (DGR 6503/2017)	10	10
DEGENZE DI COMUNITÀ DI BASE (DGR 3913/2020)	0	120
DEGENZE DI SORVEGLIANZA (DGR 3681 E 3913/2020)	0	73

Tabella 5.1 – Ospedali di comunità – Attività riconducibili in corso di sperimentazione.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

5.5 Vecchie e nuove esigenze

Siamo certamente consapevoli, dopo questa ondata di casi di infezione da Covid-19, che la popolazione ha esigenze di cura della cronicità ma anche di gestione delle situazioni di emergenza. Non possiamo dimenticare infatti che ci siamo dovuti approcciare a una situazione assolutamente nuova e imprevedibile con modalità organizzative definite *in itinere*.

Negli ultimi 15 anni, infatti, il tema dell'invecchiamento della popolazione e della cronicità aveva quasi fatto ritenere che il sistema sanitario nazionale e lombardo in particolare fosse in grado di reggere senza difficoltà a qualsiasi evento maggiore.

Certamente questa pandemia ha fatto scoprire diverse fragilità di un sistema sanitario che in questi anni è stato efficientato in modo significativo per rispondere a una spesa sanitaria che grazie alle nuove tecnologie e a farmaci sempre più costosi nonché alle cure che erano sempre più lunghe per i pazienti cronici, era costantemente in crescita.

Ora a fianco di tutto questo sviluppo, che è realtà consolidata nel mondo occidentale, ci si è dovuti confrontare con la necessità di mantenere attivo anche un servizio sanitario in grado di rispondere alle esigenze sanitarie improvvise e urgenti con una diversa velocità.

Tutto questo ha portato a riflettere sulle dotazioni di personale e la loro giusta allocazione, sulla necessità di integrare realmente e rendere complementare il rapporto tra ospedale e territorio, sullo sviluppo ulteriore del rapporto tra il livello nazionale e le autonomie regionali in tema di salute.

Infine, ancora ci si è resi conto della crescente necessità di definire quali investimenti siano necessari per fronteggiare altre situazioni improvvise e critiche come le pandemie e quali condizioni debbano essere perseguite per la digitalizzazione del mondo sanitario.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha posto alcuni specifici obiettivi per la sanità nazionale:

- sviluppo di reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della comunità e gli ospedali di comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;

- innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammmodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi;
- ricerca scientifica e trasferimento tecnologico: rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Da questi obiettivi prioritari si dovrà partire per gli sviluppi delle organizzazioni sanitarie.

5.6 Quale futuro per il DM 70/2015

Diverse sono le tematiche che si sono affacciate all'attenzione dei gruppi di lavoro che stanno lavorando all'aggiornamento del DM 70/2015 che possiamo di seguito riassumere in:

- rivalutazione degli standard minimi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera:
 - fabbisogno di prestazioni: offerta unità di erogazione alla luce dello scenario epidemiologico della cronicità e delle emergenze pandemiche;
 - flessibilità organizzativa: organizzazione aree omogenee di produzione/unità di erogazione;
 - bacini di utenza per specialità.
- Reti assistenziali *hub and spoke*:
 - modelli di governo delle reti: modalità di coordinamento procedure e protocolli operativi;
 - le alte specialità e le grandi tecnologie.
- Gli ospedali di piccole dimensioni: quale ruolo nella rete:
 - classificazione delle strutture/organizzazione per livelli di complessità: il ruolo di piccoli ospedali.
- Integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali:
 - continuità ospedale-territorio e la relazione con la centrale operativa territoriale.
- Punti Nascita:
 - rete neonatologica e punti nascita.
- Riabilitazione e lungodegenza:
 - criteri appropriatezza, percorsi ed esiti.

- La rete dell'emergenza:
 - modelli di governo della rete: coordinamento e protocolli operativi, gestione centralizzata dei posti letto;
 - rete territoriale del soccorso: postazioni di emergenza territoriali, elisoccorso, eli-superfici.
- Volumi esiti e miglioramento della qualità:
 - aggiornamento e definizione standard di rapporti volumi – esiti.
- Lo sviluppo delle professionalità:
 - standard di personale.
- Le Strutture e infrastrutture ospedaliere:
 - modelli per la costruzione e ristrutturazioni/adequamenti degli ospedali;
 - strumenti di governo delle reti: telemedicina, sharing informativo.
- I flussi informativi ospedalieri:
 - Gap Analysis.

In sintesi

Il capitolo affronta l'attività di programmazione sanitaria così come definita dal livello nazionale attraverso il DM 70/2015 e tutti i successivi atti di indirizzo e la loro applicazione e implementazione sul livello regionale.

Sono inoltre indicate le azioni che sono state necessarie durante la pandemia da Covid-19 per rendere efficiente la presa in carico dei pazienti sia affetti da Covid che da altre patologie, sintetizzando la riorganizzazione delle reti di patologia che è stato necessario strutturare.

Infine, un accenno a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e alle tematiche che dovranno essere oggetto di aggiornamento del DM 70/2015 alla luce di quanto la pandemia ci ha insegnato ma anche per superare alcuni vincoli ritenuti già obsoleti in una organizzazione ospedaliera più moderna ed efficiente.

Ripasso

1. Quali sono le leve principali di governo del livello nazionale nella programmazione sanitaria?

- A. Economiche
- B. Organizzative
- C. Erogative
- D. Tutte le precedenti

2. *Il DM 70/2015:*

- A. È un documento puramente economico-finanziario
- B. È un documento di indirizzo a cui le Regioni possono ispirarsi
- C. È un atto dovuto per gli Accordi Stato Regione
- D. Costituisce un essenziale documento di programmazione sanitaria. Fornisce risposte concrete alle nuove esigenze

3. *Quali gli ambiti di approfondimento del DM 70/2015?*

- A. Volumi di attività
- B. Dotazione di posti letto e loro tasso di occupazione
- C. Classificazione degli ospedali
- D. Standard per disciplina
- E. Tutte le precedenti

4. *Quanti DEA di II livello sono previsti in Lombardia?*

- A. Un numero del tutto insufficiente alle necessità
- B. 14
- C. Tutti gli ospedali di Milano sono sede di DEA II livello
- D. Il numero può cambiare come ha dimostrato il Covid

5. *Quale sarà il futuro del DM 70?*

- A. È previsto un tavolo di lavoro che sta aggiornando alcuni specifici ambiti
- B. Il DM 70/2015 è stato sostituito a livello nazionale dal PNRR
- C. In Regione Lombardia è la legge 23 che ha modificato il DM 70
- D. Non sono noti a oggi gli sviluppi e l'applicazione del DM 70 dopo la pandemia Covid

Riferimenti bibliografici

Accordo Stato Regioni dell'1 agosto 2019, «Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero».

Accordo Stato-Regioni dell'1 agosto 2019, «Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva-OB».

Accordo Stato-Regioni dell'1 agosto 2019, «Linee di indirizzo nazionale per lo sviluppo di un piano per la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso».

Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70, «Regolamento recante definizione degli stan-

dard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera».

Decreto-Legge n. 34/2020, «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19».

Decreto Ministeriale del 30 aprile 2020, «Emergenza Covid-19, attività di monitoraggio del rischio sanitario».

DGR n. X/2933 del 19 dicembre 2014, «Determinazioni in merito al miglioramento della attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza».

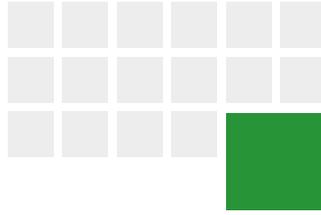
DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018, «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019».

DGR n. XI/1179 del 28 gennaio 2019, «Definizione dei requisiti e individuazione dei presidi ospedalieri sede di DEA di II livello nell'ambito della riorganizzazione della Rete dell'Emergenza-Urgenza, ai sensi del decreto ministeriale 2 aprile 2015, N. 70».

DGR n. XI/3264 del 16 giugno 2020, «Piano di Riordino della Rete Ospedaliera: attuazione dell'art.2 del DL 34/2020».

Linee di indirizzo emanate dal Ministero della Salute in data 29 maggio 2020, circolare n. 11254, «Potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19».

«Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dell'ospedale di comunità», Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 febbraio 2020.



6

Il Servizio sanitario nazionale e l'università

Loredana Luzzi

6.1 La storia

Sia la sanità che l'università trovano spazio nella nostra Carta Costituzionale a dimostrazione di quanto siano fondanti e in correlazione.

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Le università hanno il compito di promuovere la ricerca, il progresso delle scienze e l'istruzione di livello superiore e i servizi universitari sono erogati nel rispetto del diritto alla libertà dell'insegnamento e della ricerca e sulla base dell'autonomia universitaria che può esplicarsi nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato (art. 33 Cost.).

Luoghi di assistenza sanitaria e centri di studi universitari di medicina in Italia sono risalenti nel tempo, ma se guardiamo la storia degli ultimi dieci secoli si riscontra che essi sono stati organizzati e hanno operato, in linea di principio, su piani e per finalità ben distinti. E, benché contatti e scambi tra gli enti dediti all'assistenza del malato e le scuole di medicina delle università non siano mancati, solo negli ultimi 50 anni si è strutturata una concordanza o compenetrazione tra i due sistemi sul piano organizzativo e funzionale.

Fino al XVI secolo i rapporti tra ospedali e università erano sporadici: solo presso alcune delle più evolute realtà ospitaliere delle città universitarie sono attestate esercitazioni pratiche cui parteciparono docenti universitari e studenti di medicina (sono note testimonianze cinquecentesche di lezioni pratiche tenute presso il letto del malato nell'Ospedale di San Francesco Grande a Padova), ma che dimostrano soltanto i primi segni della prossima rela-

zione tra attività di assistenza medica e insegnamento universitario e dello sviluppo della medicina clinica.

A partire dal secolo XVII, l'evidente successo del metodo sperimentale ritenuto applicabile a tutti i campi della scienza, ha riflessi anche sugli ospedali e sulla cultura ospedaliera del tempo, per cui alla tradizionale missione di carità si aggiungono i fini dello studio e della ricerca.

Nelle principali università italiane in cui si insegna medicina, all'insegnamento teorico viene affiancata l'osservazione clinica diretta dell'infermo, per cui si assiste alla nascita di vere e proprie scuole di medicina e chirurgia, in cui gli studenti attendono al loro addestramento professionale come infermieri negli ospedali. Gli straordinari risultati ottenuti nelle realtà dove questa pratica era applicata, suggerì di elevare il tirocinio ospedaliero degli studenti a sistema autonomo dando, così, avvio all'istituzione delle cliniche universitarie. Di seguito, per una migliore organizzazione dei corsi universitari di medicina, le cliniche situate già presso gli ospedali delle città universitarie diventano istituzioni separate e indipendenti.

A partire dal 1800, man mano che le scienze biologiche si andavano sempre più sviluppando e contestualmente era fortemente sentita l'esigenza dell'igiene nei centri di cura, si assiste alla nascita di una nuova organizzazione ospedaliera: i malati vengono sempre più selezionati secondo il genere della malattia, si introducono i nuovi mezzi di indagine, si approntano nuove tecniche di diagnosi e cura, si formano reparti distinti per l'applicazione delle specifiche terapie, talvolta si costituiscono veri ospedali per le singole specializzazioni.

Con la nascita del Regno d'Italia per la prima volta si pone all'attenzione pubblica il tema dell'assistenza ai cittadini e si assiste a un vero e proprio intervento dello Stato nell'assistenza sanitaria: la competenza organizzativa di assistenza sanitaria è affidata a livello centrale (1888) al Ministero dell'Interno («Direzione Generale per la sanità»), mentre a livello locale la competenza organizzativa è dei Prefetti e dei Sindaci, con l'istituzione del Medico Provinciale e dell'Ufficiale Sanitario.

In particolare, è la legge del 17 luglio 1890, n. 6972 (c.d. «Legge Crispi») che segna il passaggio dalla fase dell'assistenza e beneficenza di carità privata a quella della beneficenza e assistenza pubblica.

La Legge Crispi è stata la prima norma che ha affrontato in modo organico il problema dei rapporti università e sanità, in considerazione della previsione di una prima forma di stabile collaborazione tra università ed enti ospedalieri in tutte le città che erano sedi di una Facoltà medica.

In particolare, per la prima volta veniva normativamente stabilito che gli ospedali erano tenuti a fornire strutture, malati e cadaveri occorrenti per i diversi insegnamenti, mentre le università avevano l'obbligo di corrispondere alle strutture sanitarie i maggiori costi determinati dallo svolgimento delle attività della Facoltà di Medicina.

Sotto il Fascismo, il legislatore torna sulla materia con due atti normativi, uno del 1924¹ e l'altro del 1925², le cui norme sono state, poi, trasfuse nel T.U. n. 1592/1933³ delle «Leggi

¹ R.D.L. 10 febbraio 1924, n. 549 – Rapporti tra le cliniche delle Facoltà medico-chirurgiche e le amministrazioni degli ospedali.

² R.D. 24 maggio 1925, n. 1144 – Approvazione del regolamento per la esecuzione del regio decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549 (2), concernente i rapporti tra le cliniche delle facoltà medico-chirurgiche e le amministrazioni degli ospedali.

³ R.D. 31 agosto 1933, n. 1592 – Approvazione del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore.

sull'Istruzione Superiore», con la previsione che sempre «nelle città sedi di Facoltà medico-chirurgiche, gli ospedali aventi una complessiva media giornaliera di ricoverati non superiore a 600» siano «trasformati in ospedali clinici a seconda dei bisogni dell'insegnamento», mentre per gli ospedali con una media giornaliera di ricoverati superiore a quella anzidetta, la trasformazione in ospedali clinici era demandata al Ministro per la Pubblica Istruzione, quando ciò fosse richiesto e pur sempre per le esigenze dell'insegnamento.

Era altresì previsto che le amministrazioni degli ospedali non trasformati in ospedali clinici per l'insegnamento, avessero l'obbligo di mettere a disposizione delle cliniche universitarie per gli infermi accolti nelle ultime 24 ore, con un trasferimento degli stessi ai reparti di cura gestito con il concorso di un delegato delle cliniche universitarie, cui spettava provvedere alla scelta degli infermi necessari agli scopi dell'insegnamento. Ecco il primo concetto di «rete formativa».

Con il DM 24 agosto 1940, allo scopo di assicurare il migliore e più efficace coordinamento delle attività didattiche, scientifiche e assistenziali svolte dalle (cliniche delle) università e dagli ospedali, vengono date le direttive e le istruzioni da seguire affinché le due istituzioni regolassero convenzionalmente:

- gli immobili (assegnati alle università) e loro manutenzione;
- l'arredamento, i servizi e lo strumentario;
- gli infermi (accettazione e scelta) e loro assistenza;
- il personale e loro disciplina;
- la dietetica, i medicinali e forniture varie;
- le rette e vari altri argomenti di ordine economico.

Per tutto quanto riguarda le spese, i trattamenti speciali, i mezzi diagnostici e terapeutici, il decreto ministeriale del 1940 ha rinviato, invece, al T.U. n. 1592/1933⁴ delle «Leggi sull'Istruzione Superiore». All'istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, un'ulteriore evoluzione dei rapporti tra istituzioni sanitarie e istituzioni universitarie si ha con la legge 132/1968 (c.d. «Legge Mariotti») che istituisce i c.d. «enti ospedalieri», e, dopo aver precisato che «l'assistenza ospedaliera è pubblica», dispone che la stessa è anche svolta:

- dagli ospedali psichiatrici e dagli altri istituti di cura per le malattie mentali;
- dagli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico;
- dalle case di cura private;
- dalle cliniche e dagli istituti universitari di ricovero e cura;

⁴ R.D. 31 agosto 1933, n. 1592 – Approvazione del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore.

- dalle fondazioni e le associazioni che provvedono istituzionalmente al ricovero e alla cura degli infermi, che, a domanda, hanno ottenuto il riconoscimento come enti pubblici ospedalieri.

Alle università è, dunque, riconosciuto un «ruolo politico e strategico» rilevante nella programmazione ospedaliera, a fronte del fatto che quest'ultima deve tener conto anche delle «esigenze didattiche e scientifiche delle università».

La necessità di regolamentare, da una parte, l'ordinamento interno (dei servizi di assistenza) delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura e, dall'altra, su quali materie dovesse vertere la convenzione tra le università e gli enti ospedalieri, ha portato l'anno seguente all'emanazione del decreto delegato DPR n. 129/1969⁵.

Il DM 24 giugno 1971 caratterizza il rapporto università – sistema sanitario come «complesso funzionale universitario ospedaliero» che deve perseguire le finalità di entrambi i sistemi, prevedendo, quindi, almeno positivamente, strutture composite universitario-ospedaliere con un'organizzazione interna e di servizi improntata su medesimi criteri ospedalieri, regolate da atti convenzionali in cui le parti, muovendosi su una situazione di pari dignità, possono realizzare finalità convergenti.

Arriviamo al 1978 e alla nascita del SSN con la legge 833/1978. Qui, in merito ai rapporti tra Regioni e università relativamente alle attività del nuovo SSN, il legislatore rivede l'indirizzo politico dato all'inizio degli anni Settanta e ha ritenuto «realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali» nell'ambito dell'autonomia dei due sistemi.

Pertanto, ha disposto il solito strumento convenzionale per disciplinare sia «l'apporto» delle Facoltà di Medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale (in termini di strutture e personale medico universitario), sia «l'apporto» delle USL (sempre in termini di strutture e personale sanitario) alle esigenze di insegnamento e ricerca delle università.

6.2 L'assetto istituzionale dagli anni Novanta a oggi

L'impatto del D.lgs. 502/1992 e del successivo atto di rivisitazione del 1999⁶ sull'assetto istituzionale-organizzativo disegnato nel 1978 è notevolissimo.

Ribadendo la salvaguardia dell'autonomia universitaria, l'auspicata integrazione tra università-SSN è disegnata solo in parte, non su un piano strutturale e organico ma ancora sul piano funzionale, risultando, con maggior evidenza, una netta supremazia delle priorità del SSN rispetto a quelle universitarie, ai fini della piena realizzazione del diritto alla salute del cittadino:

- sono le Facoltà di Medicina che devono fornire apporto all'attività assistenziale;

⁵ DPR 27 marzo 1969, n. 129 – Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura.

⁶ D.lgs. 19 giugno 1998, n. 229 – Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419.

- è la formazione degli specializzandi del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione che deve essere programmata per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario;
- è al personale del ruolo sanitario che deve essere affidata, di norma, la titolarità dei corsi di insegnamento nell'ambito delle scuole di specializzazione e delle professioni sanitarie.

Le uniche reali convergenze tra i due sistemi, si colgono, da una parte, nel prescritto svolgimento dei corsi di specializzazione e delle professioni sanitarie presso le strutture del SSN e, dall'altra, dal ruolo attribuito al personale medico dell'università e del SSN, riguardo ai quali è chiaramente indicato che ai primi compete svolgere le proprie funzioni di didattica e di ricerca completandole con quelle assistenziali e ai secondi compete svolgere le proprie funzioni assistenziali completandole con quelle di didattica e di ricerca.

Rispetto alla riforma del 1978, tuttavia, si passa da un «coordinamento» tra i due sistemi per regolare la «utilizzazione» o «l'apporto» di personale dell'uno a favore dell'altro o «l'affidamento» di compiti didattici» a una direzione universitaria o a una ospedaliera, a una (necessaria) «collaborazione» per la realizzazione delle funzioni dell'uno e dell'altro, derivante dal riconosciuto principio secondo cui la particolarità degli studi di medicina è tale che l'assistenza sanitaria è funzionalmente strumentale alle finalità universitarie e, viceversa, la didattica e la ricerca completano l'assistenza sanitaria tipica del SSN.

In tale quadro, si conferma la distanza tra i due mondi, tenuti a collaborare e/o a rincorrere il consenso dell'altro, ciascuno nel solco delle proprie autonomie, nella prevalenza delle finalità e degli interessi sanitari di migliorare l'efficienza delle strutture del SSN.

Il nuovo impianto viene disegnato con il D.lgs. 517/1999, che riallinea nuovamente i rapporti tra l'università e il SSN e conferendo nuovamente valore alle finalità istituzionali dell'università.

Infatti, è disposto che «l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università» sia determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli d'intesa da stipularsi tra la Regione e le università ubicate nel proprio territorio.

I protocolli di intesa dovranno conformarsi ad apposite linee guida da adottarsi a cura del Governo secondo i seguenti criteri e principi direttivi:

- promuovere e disciplinare l'integrazione tra assistenza didattica e ricerca;
- informare i rapporti tra SSN e università al principio della leale cooperazione;
- definire le linee generali della partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale;
- indicare i parametri per l'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali complesse funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea in Medicina e

di supporto allo svolgimento dei corsi delle professioni sanitarie e di specializzazione, nel rispetto delle attribuzioni del Servizio sanitario e delle università;

- definire il volume ottimale di attività e il numero massimo di posti letto e di strutture assistenziali anche in rapporto al numero degli studenti iscritti ai corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia e alle esigenze della ricerca.

Ai protocolli d'intesa è rimesso, altresì, stabilire i criteri generali per l'adozione dell'atto aziendale che regola l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda sanitaria, che caratterizza l'autonomia imprenditoriale delle stesse, pur nell'ambito della loro personalità giuridica pubblica, e il potere di organizzazione e gestione di tipo privatistico.

La novità più rilevante del decreto legislativo è l'istituzione delle aziende ospedaliero-universitarie (AOU), aventi autonoma personalità giuridica, che dovrebbero concretamente realizzare una reale e concreta collaborazione integrativa fra SSN e università.

Dette AOU, infatti, al fine di assicurare «l'esercizio integrato» delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, vengono disegnate, rispetto alle precedenti aziende ospedaliere, con una struttura organica e funzionale ben definita.

Tuttavia, per un periodo transitorio di 4 anni, il legislatore dispone che le aziende ospedaliero-universitarie siano articolate, in via sperimentale, in due tipologie organizzative:

- «aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN», costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta;
- «aziende ospedaliere integrate con l'università», costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'università.

Al termine del periodo sperimentale è prescritto che si pervenga al modello aziendale unico di AOU.

Attraverso il D.lgs. 517/1999, dunque, viene di fatto superata la collaborazione funzionale e la molteplicità di modelli organizzativi (policlinici a gestione diretta, ospedali clinicizzati, aziende miste) previsti dal D.lgs. 502/1992, e, sulla base della riconosciuta inscindibilità tra assistenza, didattica e ricerca, si positivizza la cornice per realizzare una piena «integrazione» tra dette funzioni nell'ambito dei principi e delle modalità proprie dell'attività assistenziale del SSN, attraverso un unico modello organizzativo.

Le linee guida sono poi state emanate con DPCM del 24 maggio 2001⁷ e impugnate dalle Regioni Lombardia e Lazio davanti alla Corte Costituzionale in quanto ritenute invasive nella sfera di attribuzioni regionali, a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione.

⁷ «Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra Regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517».

La Corte Costituzionale⁸ ha dichiarato inammissibili i ricorsi in quanto il DPCM non ha prodotto alcun effetto invasivo, considerata la sua mancata attuazione. Pertanto, ne ha riconosciuto la validità attribuendogli però «carattere di cedevolezza» rispetto a una eventuale normazione regionale.

Successivamente è intervenuto l'articolo 6, comma 13, della legge 240/2010, in vigore dal 10 febbraio 2012, che prevede che il MIUR, di concerto con il Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentita la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, predisponga lo «schema-tipo delle convenzioni» al quale devono attenersi le università e le Regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del SSN.

Lo schema-tipo deve essere predisposto con riguardo alle strutture cliniche e di ricerca traslazionale (trasformazione di scoperte fondamentali in applicazioni cliniche) necessarie per la formazione nei corsi di laurea di aerea sanitaria di cui alla direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

Nonostante l'impegno anche del network delle 24 AOU nel predisporre modelli convenzionali e atti a supporto, la norma della legge 240/2010 non risulta ancora attuata.

6.3 Il sistema dei rapporti SSN-UNI in Regione Lombardia

Caratteristica peculiare nel c.d. «modello lombardo» è la presenza dei c.d. «poli universitari», già individuati fin dal 1999 in un atto convenzionale tra la Regione e le università lombarde, intesi come l'insieme delle strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali l'università stipula specifiche convenzioni atte a disciplinare, in sintesi, l'attivazione e lo svolgimento dei corsi di laurea all'interno delle stesse, le funzioni assistenziali dei docenti medici e l'individuazione delle unità operative complesse a direzione dei professori universitari.

Dette convenzioni sono da stipularsi in conformità a un protocollo di intesa tra la Regione Lombardia e le università lombarde sedi delle Facoltà di Medicina, sulla base della normativa nazionale e regionale e di linee guida adottate dalla Giunta Regionale Lombarda.

Tali linee guida, già adottate nel 2000, evidenziano tra i due sistemi un rapporto ben diverso da quello disegnato dal D.lgs. 517/1999, pur ribadendo l'inscindibilità delle funzioni di didattica e ricerca rispetto a quelli assistenziali.

Esse, infatti, regolano, da un lato, «la partecipazione» dell'università alla programmazione regionale sanitaria e, dall'altro, lo svolgimento delle attività assistenziali «a supporto» della didattica e della ricerca.

La L.R. 33/2009, prevede che «la Regione [Lombardia] disciplina [mediante protocollo di intesa] i rapporti con le università della Lombardia in relazione alle attività delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, al fine di: a) favorire l'attuazione del piano sociosanitario regionale; b) garantire l'inscindibilità delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca; c) garantire l'apporto delle università alla programmazione sanitaria regionale».

⁸ Corte Costituzionale 27 ottobre – 4 novembre 2003, n. 329.

La Regione Lombardia, riconoscendo il legame (e non l'inscindibilità) esistente tra assistenza, didattica e ricerca nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia, «per assicurare la completa integrazione tra l'attività assistenziale, di didattica e di ricerca delle Facoltà di Medicina e Chirurgia», definisce e implementa, congiuntamente con le università, «la rete regionale dell'assistenza, della formazione e della ricerca, articolata in tipologie di strutture, queste ultime integrate secondo criteri di organizzazione e funzionamento definiti nell'ambito del protocollo di intesa».

Della rete fanno parte:

- i poli universitari, costituiti dall'insieme delle strutture sanitarie pubbliche e private, accreditate a contratto, con le quali le università stipulano le convenzioni per l'attivazione integrale dei singoli corsi di studio; in tal modo le Facoltà di Medicina e Chirurgia «si rapportano con la rete delle strutture sanitarie ubicate sul territorio, concorrendo al conseguimento degli obiettivi di queste ultime e creando un legame articolato su aree geografiche e di competenza assistenziale e didattica;
- gli ospedali e le strutture territoriali collegate, non compresi nei poli universitari, ma coinvolti nella rete della formazione e della ricerca sulla base della collocazione territoriale, della specificità, della qualità, delle reali capacità di partecipazione e contribuzione agli obiettivi.

«Per ciascun polo universitario è identificata la struttura sanitaria principale, intesa come la struttura sulla quale insistono i corsi e le attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia in misura prevalente rispetto alle altre». Quindi, viene «istituito il comitato di indirizzo e coordinamento (CIC), quale strumento di partecipazione agli atti di programmazione regionale in relazione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria universitaria, composto dal Presidente della Regione, che lo presiede, dagli Assessori e dai direttori generali competenti, dai Rettori delle università e dai Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia».

La L.R. 33 /2009 è stata, poi novellata, nel 2017, con la riscrittura completa della «Disciplina dei rapporti tra la Regione e le università della Lombardia con Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche, formative e di ricerca del capo dedicato ai rapporti tra Servizio sanitario regionale». La nuova riforma regionale, tuttavia non cambia rotta e conferma l'indirizzo di non voler creare «strutture integrate» (AOU), lasciando che i due sistemi (SSR-università) si reggano su una «integrazione di funzioni» da regolarsi convenzionalmente.

È prescritto che il protocollo d'intesa vada attuato mediante apposite convenzioni stipulate dalle singole università con le strutture del SSR (ATS e ASST), con gli IRCCS e con gli erogatori sociosanitari pubblici, che assicurino il più alto livello di coerenza tra prestazioni diagnostiche e terapeutiche e attività didattico-scientifica.

Ultima novità di rilievo riguarda il Comitato di indirizzo che non è più «strumento di partecipazione» agli atti di programmazione regionale, bensì di «organismo di supporto» agli atti di programmazione regionale. Dello stesso fanno parte in ogni caso rappresentanti delle Facoltà di Medicina delle università lombarde, ma non i Rettori.

In sintesi

Facendo un confronto tra i sistemi regionali in cui il modello delle AOU è stato concretamente attuato sulla base delle linee guida del 2001 e il «modello lombardo dei poli universitari» disegnato dalla Legge Regione Lombardia 33/2009 (adesso, «modelli organizzativi dipartimentali sulla base di reti d'insegnamento individuate all'interno delle strutture del SSR»), si può notare l'intento «comune» del legislatore nazionale e di quello della Regione Lombardia di trovare forme di integrazione effettiva e concreta per:

- garantire l'inscindibilità delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca;
- la partecipazione delle università alla programmazione sanitaria e la presenza di rappresentanti universitari all'interno di organi congiunti;
- i criteri e i parametri, per tipologia e volume, delle attività assistenziali necessarie per le attività di didattica e ricerca universitarie;
- l'organizzazione interna delle AOU o dei poli;
- la disciplina del personale universitario e di quello ospedaliero;
- la formazione dei medici in formazione specialistica e operatori del SSN;
- la disciplina dell'uso dei beni;
- la rilevazione e rendicontazione dei costi.

Le principali differenze tra il modello AOU e quello lombardo dei poli, proprio per la diversità di fondo che caratterizza gli stessi, si rinvengono nella non partecipazione delle università all'adozione dell'atto aziendale e degli altri rilevanti atti di gestione e della non compartecipazione delle Regioni e delle università ai risultati di gestione delle aziende sanitarie universitarie.

Infatti, nel primo modello lombardo dei «poli», le università si dovevano «rappresentare con la rete delle strutture sanitarie ubicate sul territorio, concorrendo al conseguimento degli obiettivi di queste ultime». Nel II modello lombardo introdotto con la riforma regionale del 2017 «dei modelli organizzativi dipartimentali sulla base di reti d'insegnamento individuate all'interno delle strutture del SSR», si dà maggior risalto alla finalità poste dalla Regione Lombardia per la disciplina dei rapporti Regione-università, con la prescrizione che nel perseguimento di dette finalità la Regione «coinvolge» le università.

In conclusione, in tutto il territorio nazionale, si sta andando verso una più o meno com-

piuta integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, ma si registrano realtà molto diverse a seconda delle diverse Regioni e dei contesti locali. A ogni modo, benché si registrino ancora inefficienze nell'applicazione del modello integrato (AOU) disegnato dal legislatore nazionale o contesti in cui i due sistemi restano separati (modello lombardo), il principio della stretta necessaria e inevitabile interconnessione tra Sistema sanitario nazionale e università sembra ormai consolidato sia a livello culturale all'interno dei due sistemi, sia in ambito politico.

Ripasso

1. In merito ai rapporti tra Regioni e Università relativamente alle attività del nuovo SSN, la legge 833/1978 prevede:

- A. Che il rapporto università – sistema sanitario si caratterizzi come un complesso funzionale universitario ospedaliero che deve perseguire le finalità di entrambi i sistemi prevedendo, almeno positivamente, strutture composite universitario-ospedaliere
- B. Di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali nell'ambito dell'autonomia dei due sistemi
- C. Un'organizzazione interna e di servizi improntata su medesimi criteri ospedalieri, regolate da atti convenzionali in cui le parti, muovendosi su una situazione di pari dignità, possono realizzare finalità convergenti

2. In base all'articolo 6, comma 13, della legge 240/2010 quale soggetto ha il compito di predisporre lo «schema-tipo delle convenzioni» al quale devono attenersi le università e le regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del SSN?

- A. MIUR
- B. Ministero della Salute
- C. Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia
- D. Conferenza Stato-regioni

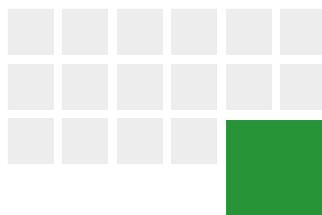
3. Il comitato di indirizzo e coordinamento (CIC) è uno strumento:

- A. Previsto per ciascun polo universitario
- B. Di compartecipazione nell'ambito della formazione sanitaria universitaria
- C. Di partecipazione agli atti di programmazione regionale in relazione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria universitaria
- D. Composto dal Presidente della Regione e dai presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Riferimenti bibliografici

Per la parte normativa, il testo fa riferimento a:

Luzzi L. (a cura di) (2021), *Gestione dell'università: alcune sfide*, FrancoAngeli, Milano, in particolare cap. 3 «I rapporti fra università e SSN» di Troia A. e Sala G.



7

I medici di assistenza primaria: manager senza direzione

Vittorio Mapelli

7.1 Introduzione

I servizi sanitari territoriali e la medicina di base, in particolare, sono in profonda crisi da molti anni, finendo per essere anche additati come il capro espiatorio della pandemia. Viene loro imputato di non essersi saputi adeguare ai cambiamenti della società (invecchiamento, multi-cronicità), della tecnologia sanitaria (telediagnosi, teleassistenza) e dell'informazione (accesso a internet, fascicolo elettronico), continuando a operare secondo un modello organizzativo e culturale di stampo novecentesco: quello del medico libero professionista singolo. Si sottolineano le difficoltà di accesso all'ambulatorio, aperto solo 15-20 h/settimana, le conoscenze mediche obsolete, oggi reperibili anche su internet, la scarsa integrazione con gli altri servizi (ospedalieri, di prevenzione, sociali), il debole coordinamento con il distretto sanitario e, non da ultimo, l'impovertimento della manualità e della piccola diagnostica, che potrebbero invece dare risposte immediate alle urgenze e alle ansie dei pazienti, evitando loro di rivolgersi al pronto soccorso.

Leggi e proposte di riforma non sono mancate nell'ultimo venti-trentennio, ma sono state osteggiate dai sindacati medici, sminuite o recepite solo formalmente nell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) che regola i rapporti tra il SSN e i medici liberi professionisti, prestatori di «lavoro autonomo, continuativo e coordinato». Le Case della salute, proposte dalla Ministra L. Turco nel 2007, sono state sperimentate solo in 13 Regioni. Le UCCP (Unità complesse di cure primarie) introdotte nella riforma del Ministro R. Balduzzi nel 2012, non sono decollate (anche) per dei cavilli legali. Le riforme sono rimaste inattuata in molti territori, sia perché demandate alla negoziazione di II livello (con le Regioni) e di III livello (con le aziende sanitarie), sia perché legiferate «a invarianza di spesa» e quindi senza fondi aggiuntivi. L'ostilità

dei sindacati medici, l'inerzia delle Regioni e la mancanza di fondi hanno affossato le migliori intenzioni di riforma dell'assistenza primaria, da tutti ritenuta (a parole) il perno di ogni sistema sanitario.

Si ripetono all'infinito affermazioni come «i servizi territoriali non funzionano», «i servizi territoriali vanno potenziati», senza avere mai seriamente indagato sulle cause delle disfunzioni e avere confrontato e soppesato i vari modelli di organizzazione, internazionali – inglese, spagnolo, scandinavo – e regionali – veneto, emiliano-romagnolo, toscano. Sono stati inseriti nel PNRR 2 miliardi di investimenti nelle Case della comunità, in cui dovrebbero operare medici generalisti, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri, riabilitatori e altri professionisti sanitari, definiti i modelli a «perno e raggi» (*hub and spoke*) con tanto di standard per 1000 abitanti, senza aver prima verificato il realismo della proposta: i MMG saranno obbligati a operare in questi centri, lasciando i propri ambulatori su cui hanno investito, oppure le Case della comunità rimarranno semi-deserte? Prossimità e comunità (case, ospedali, farmacie, infermieri di comunità) sono divenute il mantra di questi tempi, ma rischiano di essere pura poesia, se non si guarda realisticamente a ciò che è permesso fare, ai sensi della convenzione. Perché è la convenzione sottoscritta tra lo Stato e i MMG che fa fede, ben al di là delle leggi. E oggi la convenzione non prevede alcun obbligo (ACN 2009).

Come un fulmine a ciel sereno, ma preannunciata da alcuni tuoni (Martini et al., 2021), le Regioni recentemente hanno fatto filtrare un documento (Regioni, 2021) in cui propongono il passaggio al rapporto di dipendenza di tutti i medici convenzionati. Sono in corso, infatti, le trattative per il rinnovo dell'ACN 2016-18 e del nuovo accordo 2019-22. La subordinazione dei medici è vista come l'unica soluzione per obbligare i medici a lavorare in associazione tra loro e con altri professionisti nelle future Case della comunità. È assai improbabile che le Regioni, non essendo riuscite dal 2002 a oggi a ottenere contrattualmente questi risultati, possano ribaltare un sistema consolidato, diffuso in quasi tutti i paesi europei e apprezzato dai pazienti. La FIMMG, il principale sindacato, ha risposto (FIMMG, 2021) dal canto suo difendendo il rapporto fiduciario, l'autonomia del medico, la capillarità del servizio, mostrandosi disponibile ad accettare standard organizzativi omogenei e valutazioni delle performance. Una riforma strutturale di questa portata non si improvvisa in pochi giorni. In attesa delle decisioni del Governo, basterebbero piccole norme per avviare da subito grandi cambiamenti, come si propone nella conclusione.

7.2 Il groviglio dell'assistenza distrettuale

L'assistenza primaria è l'evoluzione più recente del concetto e della prassi della *general practice* nata in Inghilterra nell'800 (Swift, 1982; Loudon, 1983). Il *general practitioner* (GP) è figura a sé, che si differenzia tanto dal *physician* (medico internista), quanto dal *surgeon* (chirurgo), perché non si occupa di problemi specialistici di organi e apparati, ma dell'insieme dei problemi di salute delle persone, di cui conosce la storia e la psicologia. È il medico di primo contatto per i problemi di salute, che mette in rapporto con il sistema sanitario

(*gatekeeper*), è il gestore della salute (*clinical manager*) e l'acquirente delle prestazioni per conto dei propri pazienti (*commissioner*). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito l'assistenza primaria (*primary health care*) nella Dichiarazione di Alma Ata (URSS) del 1978 (WHO, 1978): «L'assistenza sanitaria primaria è l'assistenza essenziale [...] resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie [...] a un costo che la comunità e il paese possono permettersi di mantenere. È il primo livello di contatto [...] con il sistema sanitario nazionale [...] e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza». Nella visione dell'OMS è considerata essenziale e universale, perché risponde ai bisogni primari di salute e deve essere accessibile a tutte le persone e famiglie.

Dagli anni Ottanta nel nostro Paese è avvenuto un cambiamento lessicale, ma non è molto cambiata la prassi dei medici e delle istituzioni. La legge istitutiva del SSN, infatti, parlava ancora di «assistenza medico-generica» (artt. 25 e 48 L. 833/78) ed è solo nell'ACN 1987 che appare per la prima volta il termine «assistenza primaria». Ma sono comuni anche altre denominazioni: «medicina di base», «assistenza di base», «assistenza territoriale», «medicina di famiglia». Il termine «cure primarie» abbraccia le attività prestate dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta (MMG e PLS), in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari.

Le attività, i servizi e le prestazioni riguardanti l'assistenza primaria rientrano nel LEA «Assistenza Distrettuale» (art. 3 del DPCM 12 gennaio 2017), che comprende:

- l'assistenza sanitaria di base (medicina generale e pediatria di libera scelta);
- l'emergenza sanitaria territoriale;
- l'assistenza farmaceutica;
- l'assistenza integrativa;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'assistenza protesica;
- l'assistenza termale;
- l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

L'assistenza distrettuale assorbe oltre la metà della spesa del SSN (52,3%), ben oltre l'ospedale (43,5%) e in forte crescita rispetto a prima della riforma (34% nel 1977) (Mapelli, 2020).

Il settore dell'assistenza territoriale – l'insieme delle strutture ambulatoriali diffuse capillarmente sul territorio, di cui qui si parla – è molto esteso, complesso e disarticolato. Comprende circa 94.000 medici a rapporto semi-libero professionale con il SSN, organizzati se-

condo 7 tipi di accordi contrattuali (convenzioni), 3 forme di remunerazione (quota capitaria, pagamento a ora, a tariffa per prestazione) e differenti livelli retributivi. Per operare i MMG e i PLS devono disporre di un ambulatorio (di proprietà o in affitto) e di adeguate attrezzature. Al suo interno si possono enucleare due aree: l'assistenza di base, che comprende: medici di medicina generale (n. 42.428), pediatri di libera scelta (n. 7.408), medici di continuità assistenziale (n. 17.617), medici di emergenza territoriale (n. 2.962), medici di medicina dei servizi (n. 1.569) per un totale di 71.984 medici (Ministero della salute, 2021; SISAC, 2021) e un numero sconosciuto di infermieri e di amministrativi; e l'assistenza specialistica (a sua volta distinguibile in specialistica di base e di secondo livello) che abbraccia 21.654 tipi di unità, un dato eterogeneo comprendente 14.967 medici specialisti interni, 5.784 branche specialistiche private esterne e 903 strutture ambulatoriali, diagnostiche e di laboratorio degli ospedali pubblici, di cui non è noto il numero di medici operanti. Nel SSN sono presenti, infatti, tre erogatori di prestazioni specialistiche: gli specialisti ambulatoriali «interni», che operano in strutture pubbliche (poliambulatori extra ospedalieri, Case della salute); gli specialisti privati convenzionati «esterni» che lavorano in strutture proprie o di un ente privato (es. casa di cura) e gli specialisti ospedalieri pubblici, che operano a favore dei pazienti esterni, e sono compensati secondo la retribuzione di risultato (ex plus-orario). Escluse le prestazioni di laboratorio e diagnostica, il 50% dell'attività specialistica è svolto dagli ospedali pubblici, il 30% dalle strutture e professionisti esterni e solo il 20% dagli specialisti ambulatoriali interni (nostre elaborazioni su dati forniti da Ministero della Salute 2021).

Ogni giorno negli ambulatori dei medici di medicina generale passano circa 1,5 milioni di pazienti per una visita (oltre a 900 mila per richieste di prescrizioni) e nelle strutture specialistiche extra ospedaliere circa 500 mila pazienti per visite, analisi e terapie. I medici di guardia notturna e festiva visitano per ogni turno 28 mila pazienti. Ogni giorno accedono anche al pronto soccorso 52 mila persone, che poi non sono ricoverate. Per gli ospedali il dato corrispondente è di 33 mila ricoverati al giorno¹. Sono flussi impressionanti che danno il senso del ruolo cruciale svolto dalle cure primarie e che sollevano allo stesso tempo il problema del loro governo.

Il numero dei medici territoriali (94.000) è simile a quello dei medici ospedalieri dipendenti dal SSN (96.220), ma la differenza fondamentale è data dal rapporto di lavoro, che è subordinato e di pubblico impiego per i secondi, e semi-libero professionale per i primi². La convenzione prevede infatti una serie di istituti contrattuali tipici del rapporto dipendente (p. es. i diritti sindacali, il diritto di sciopero, il pagamento dei contributi previdenziali da parte dell'ASL) e di benefici economici (p. es. il concorso alle spese dell'ambulatorio, del telefono, dell'automezzo, l'indennità di avviamento, per il collaboratore amministrativo e l'infermiere, per la medicina di gruppo e in rete). Ma la differenza principale risiede nella non-subordinazione gerarchica a un direttore, in particolare al Direttore di distretto sanitario. Mentre i

¹ Nostre stime su dati FIGM Health Search e Ministero della salute 2021, calcolando 250 giornate lavorative/anno (365 per gli ospedali).

² L'ACN definisce quello dei MMG come «lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali» e quello degli specialisti ambulatoriali come «parasubordinato».

medici ospedalieri sono governati dalla catena di comando-e-controllo aziendale, fatta salva l'autonomia clinica, e rispondono dei loro risultati, i medici convenzionati sono solo «coordinati funzionalmente» dal distretto, nei modi definiti dagli accordi nazionali, regionali e con l'ASL. Tuttavia il punto nodale, a ben vedere, non è la non-subordinazione dei medici convenzionati al Direttore di distretto sanitario, quanto piuttosto l'inerzia e l'assenza di programmi, indirizzi e risorse da parte di (numerose) Regioni e aziende sanitarie nei confronti dei MMG, che hanno lasciato vegetare per anni l'assistenza primaria in un desolante *status quo*. Anche nel NHS inglese i GP sono liberi professionisti, ma devono rispondere e sono valutati su indicatori di performance (*QOF-Quality and outcomes framework*)³, a cui è legata una parte significativa della loro remunerazione.

7.3 L'evoluzione della medicina di base

La medicina di base è passata negli ultimi 70 anni attraverso tre linee evolutive: la suddivisione dei compiti, una volta eseguiti dal medico generico, in attività svolte da più figure professionali; il passaggio dall'esercizio in forma singola alla medicina in gruppo o in rete con altri simili; l'integrazione del medico generalista con altri medici specialisti e altri professionisti sanitari.

In principio era il medico generico, che operava da solo nel proprio ambulatorio e svolgeva molte funzioni. Il suo ruolo e le sue funzioni sono stati codificati nel 1943, quando fu istituito l'INAM (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie), che erogava ai lavoratori del settore privato e ai loro familiari «l'assistenza sanitaria generica domiciliare e ambulatoriale». L'accordo del 1966 istituì il servizio di guardia medica festiva e quello del 1973 di guardia medica notturna, attivati gradualmente nelle diverse province. L'assistenza pediatrica fu creata in via sperimentale con la convenzione del 1975. Nel 1978 si firmò il primo accordo-tipo nazionale – nell'imminente istituzione del SSN – che introduceva il rapporto ottimale di 1 MG ogni 1000 residenti, il massimale delle scelte (1500 assistiti), la remunerazione a quota capitaria e la medicina di gruppo (come espediente per far rientrare nei parametri i medici oltre il massimale, attraverso l'associazione con un giovane medico). Nel 1979 fu firmata la prima convenzione con i medici dei servizi, addetti alla medicina scolastica, dello sport, alle vaccinazioni. Nel 2005 sarà creata la convenzione per i medici di emergenza territoriale. La fissazione del rapporto ottimale e la moltiplicazione delle figure professionali furono un tentativo di risposta al problema della «plethora medica» – come veniva definita dall'Ordine dei Medici – creatosi a seguito della liberalizzazione dell'accesso all'università del 1969. Nei primi anni Ottanta, infatti, circa 30.000 nuovi medici trovarono uno sbocco e un lavoro stabile con il SSN (10.000 medici generici, 6000 pediatri e 15.000 medici di guardia notturna e festiva) (Ministero della Sanità, 1981).

³ L'adesione al QOF è volontaria, ma di fatto il 96% dei GP partecipa (nel 2019-20).

ANNO ACN	APERTURA AMBULATORIO MMG			ASSOCIAZIONI MMG			FORME DI INTEGRAZIONE	
	GG SETTIMANA	SINGOLO	GRUPPO ^A	SEMPLICE ^B	IN RETE	GRUPPO		
1978	5	a discrezione		√ (indistinta)				
1981	5	a discrezione		√ (indistinta)				
1984	5	a discrezione		√ (indistinta)				
1987	5	a discrezione	8 h/g ^C	√ (indistinta)				
1990	5	a discrezione	6 h/g ^C	√ (indistinta)				
1996	5	a discrezione	6 h/g ^C	√ (indistinta)				
2000	5	a discrezione	6 h/g ^C	√	√	√	équipes territoriali	
2005	5	3 h/g ^D	6 h/g ^C	√	√	√	équipes territoriali	UTAP
2007	L 296/06 art. 1 c. 806. lett a e DM Salute 10.7.2007 [L. Turco]						équipes territoriali	Case d. Salute
2009	5	3 h/g ^D	6 h/g ^C	√	√	√	équipes territoriali	AFT UCCP
2012	DL 158/12 e L 189/12 art. 1 [R. Balduzzi]						équipes territoriali	AFT UCCP
2018	5	3 h/g ^D	6 h/g ^C	√	√	√	équipes territoriali	AFT UCCP

Tabella 7.1 – Evoluzione di alcuni istituti negli Accordi collettivi nazionali della medicina generale. Anni 1978-2018.

Fonte: Nostre elaborazioni sugli Accordi collettivi nazionali (convenzioni) e leggi nazionali.

Note: [a] riferita alle tre forme associative; [b] medicina in associazione; [c] distribuite equamente al mattino e al pomeriggio; [d] da 1000 a 1500 assistiti; [e] unità territoriali di assistenza primaria; [f] associazioni funzionali territoriali tra medici di assistenza primaria; [g] unità complesse di cure primarie composte da medici di assistenza primaria, specialisti e altri professionisti (infermieri, riabilitatori ecc.).

Le associazioni tra i medici sono emerse molto lentamente – tanto da non essere ancora molto diffuse – e hanno assunto due forme: quelle monoprofessionali tra MMG e PLS, che dal DL 158/12 sono definite AFT (associazioni funzionali territoriali) e quelle multiprofessionali tra MMG, specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari (infermieri, tecnici della riabilitazione, della prevenzione ecc.) definite UCCP (unità complesse di cure primarie). Entrambe le associazioni operano all'interno di una struttura fisica (e sono definite «strutturate») – un ambulatorio con 3-4 studi medici per i MMG in gruppo, una Casa della salute o un presidio territoriale di assistenza per i MMG delle UCCP. Esistono poi anche associazioni «non-strutturate» che sono le associazioni semplici, le associazioni in rete – tra i MMG – e le équipes territoriali, tra i MMG, gli specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari, che operano individualmente nei loro studi e si coordinano per problemi e obiettivi di interesse del distretto sanitario. Secondo gli ACN stipulati nel corso degli anni, sono tuttora in vigore 6 tipologie di associazione, che francamente sono eccessive e andrebbero sfoltite.

La medicina di gruppo o in associazione è stata regolamentata nelle varie convenzioni, fino a quella del 2000 che ha formulato l'articolato ancora oggi in vigore: l'associazione è «libera, volontaria e paritaria»; i rapporti tra i membri e la suddivisione delle spese sono disciplinati da un accordo interno; ogni medico deve essere disponibile a svolgere la propria attività nei confronti degli assistiti degli altri medici; sono individuate tre forme associative:

- la medicina in associazione;
- la medicina in rete;
- la medicina di gruppo.

La medicina in associazione (semplice o virtuale) prevede solo la condivisione di linee guida, momenti di revisione della qualità delle cure e l'apertura di almeno uno studio fino alle 19, ma i medici continuano a operare nei propri studi. La medicina in rete richiede la presenza di uno studio in cui svolgere alcune attività, quali la gestione condivisa della scheda sanitaria individuale, la connessione in rete e l'utilizzo di procedure di comunicazione telematiche. Valgono gli stessi parametri di associazione (da 3 a 10) e l'obbligo di apertura di uno studio fino alle 19. La medicina di gruppo prevede invece una sede unica del gruppo, articolata in più studi medici a uso promiscuo, la presenza di strumentazione comune e di supporti tecnologici, l'utilizzo di personale infermieristico e di segreteria comune, la gestione informatizzata della scheda sanitaria. Il numero massimo di medici associati è di 8. Le tre forme associative sono incentivate economicamente con la maggiorazione della quota capitaria rispettivamente di € 2,58, € 4,40 e € 7 e con contributi per il costo del personale infermieristico e amministrativo.

A livello nazionale nel 2019 il 68% dei MMG (28.944 su un totale di 42.428 MMG) opera in qualche forma associativa, anche semplice⁴, con punte massime dell'86% in PA di Trento, dell'84% in Veneto e Emilia-Romagna e minime del 19% in Friuli-Venezia Giulia, del 40% in Calabria e del 48% in Campania. Circa 1/3 dei medici continua quindi a operare in forma singola (Ministero della Salute, 2021). La percentuale dei pediatri è simile (67%). Nel NHS inglese la medicina di gruppo è la norma. La *practice* è considerata una piccola impresa (small business) di proprietà di uno o più titolari (partners), liberi professionisti (*self-employed*), che svolgono sia attività clinica che gestionale, alle cui dipendenze lavorano diversi (giovani) medici come *salaried* per 40 ore settimanali. Possono essere presenti medici in formazione specialistica (*registrar*), che lavorano anch'essi per 40 ore settimanali e sono remunerati. La specializzazione in *general practice* dura 3 anni. La dimensione media di una *practice* è di 9258 assistiti, in crescita negli ultimi anni a seguito di chiusure e fusioni. In una *practice* in media sono presenti 5,3 GP di cui 2,6 partners, 2,5 infermieri, 10,6 amministrativi e manager per un totale di 20,5 unità di personale (NHS Digital, 2021).

Le (vere) associazioni multiprofessionali sono comparse nell'accordo nazionale 2005, che prevedeva la possibilità per le Regioni di costituire, in via sperimentale e volontaria, le

⁴ I dati sono disponibili dal 2007, ma purtroppo non sono suddivisi per i tre tipi di associazione.

UTAP (unità territoriali di assistenza primaria), senza peraltro indicarne le funzioni e l'organizzazione. Nel luglio 2007 la Ministra della Salute Livia Turco con il DM 10 luglio 2007 ha avviato la sperimentazione delle Case della Salute (Tabella 7.1), per le quali sono stati stanziati 10 milioni di euro a favore delle Regioni. Sono strutture polivalenti che erogano le cure primarie, in cui hanno sede i MMG, i MCA, i MET, le principali branche specialistiche, gli infermieri, i tecnici di riabilitazione e di prevenzione, gli amministrativi, il laboratorio analisi, la radiologia, l'ambulatorio per le piccole urgenze, il CUP (Centro unico di prenotazione), lo Sportello unico di accesso e devono essere aperte 24h/24h e 7 giorni/7, oltre che svolgere molte altre funzioni. Se le Case della salute (e le future Case della comunità) sono la struttura fisica in cui medici e altri professionisti sanitari si integrano e si coordinano con il distretto sanitario, le UTAP/UCCP sono invece le modalità di prestazione del lavoro da parte dei medici, regolate dall'accordo nazionale e dagli accordi regionali. Secondo una recente ricognizione della Camera dei deputati (Camera dei deputati, 2021), le Case della salute sono 493 e sono attive in 13 Regioni (con diverse denominazioni): 124 in Emilia-Romagna, 77 in Veneto, 76 in Toscana, 71 in Piemonte, 55 in Sicilia, 6 in Molise, 4 in Liguria, 1 in Basilicata, nessuna in Lombardia, Trentino A.A., Friuli V.G., Campania, Puglia. La loro istituzione va dal 2010 in Emilia-Romagna al 2015 in Veneto, Toscana, Sicilia al 2016 in Piemonte e 2017 in Lazio.

Il rilancio delle UCCP (versione aggiornata delle UTAP), sarebbe dovuto avvenire con l'art. 1 DL 158/12 (la c.d. riforma Balduzzi) che disponeva l'adeguamento del futuro ACN alle nuove norme. Dopo un blocco decennale, il primo ACN 2016-18 si limita invece ad aggiornare il trattamento economico, senza recepire le nuove norme, che quindi non sono ancora vincolanti per i MMG. Il recepimento della norma⁵, infatti, non è automatico, ma il risultato di una (dura) contrattazione tra lo stato e le organizzazioni sindacali (OS), che a volte vede lo stato cedere, come in questo caso, in cui i sindacati medici, con la richiesta al governo di ben 7 successivi atti di indirizzo, sono riusciti a modificare le posizioni della delegazione regionale trattante. Si aggiunga poi l'interpretazione capziosa dell'art. 8 comma 1.m.ter da parte delle OS come adesione obbligatoria alle UCCP «a mezzo del sistema informativo», che non li obbliga a uscire dal proprio studio, ma solo a collegarsi in rete, o ancora l'introduzione in alcuni accordi regionali dell'adesione puramente facoltativa per comprendere come dopo 9 anni la riforma dei servizi territoriali e le CdS non siano ancora decollate.

7.4 Conclusioni e proposte

L'assistenza primaria appare oggi come un grande cantiere, in cui molti lavori sono iniziati molti anni fa, ma non sono ancora terminati. È una grande opera incompiuta. Per chiudere i lavori basterebbero alcuni semplici e immediati interventi (p. es. la modifica di alcuni articoli dell'ACN), mentre altri necessitano di un medio-lungo termine, perché richiedono nuove capacità (skills), una solida formazione degli addetti (la specializzazione formale in medicina

⁵ Desidero ringraziare il Dr. Michele De Giacomo, responsabile tecnico della SISAC, che mi ha chiarito gli aspetti normativi e contrattuali del rinnovo dell'ACN. L'interpretazione dei fatti e i giudizi espressi, ovviamente, sono solo di mia responsabilità.

di famiglia) e forse anche del contratto di lavoro (il passaggio dalla libera professione alla dipendenza).

Visti dall'esterno, i medici di assistenza primaria sembrano, e sono, manager «senza direzione». Non sono sottoposti, infatti, a una direzione per via gerarchica, che potrebbe essere quella del distretto sanitario, e oggi appaiono anche smarriti sulla direzione da seguire. Per prassi e per *forma mentis* i medici di medicina generale si percepiscono come liberi professionisti e, in quanto tali, come manager di se stessi. Non rinuncerebbero mai alla libera professione, di cui apprezzano i vantaggi (libertà nell'organizzazione e gestione dello studio, nelle scelte dei tempi e dei ritmi di lavoro), e ancor più alla convenzione, che garantisce sicurezze economiche (stabilità del numero di «clienti» e della remunerazione mensile, copertura di molti costi di produzione). Ma è necessario un profondo cambiamento, per non tradire le attese di resilienza del dopo pandemia.

Il primo lavoro da terminare è una maggiore apertura degli ambulatori. Nonostante i continui proclami di legge e le intese Stato-Regioni sulla continuità assistenziale 24 h/giorno e 7/7 giorni, gli ambulatori dei MMG continuano a essere aperti – da contratto – solo per 3 ore al giorno (se singolo) o per 6 ore al giorno (se in gruppo) (Tabella 7.1), il che può indurre i pazienti a ricorrere al pronto soccorso in caso di bisogno urgente. Una proposta potrebbe essere quella di rendere obbligatoria l'adesione dei MMG, ancora singoli, all'associazione semplice – la forma meno impegnativa – così che l'insieme dei medici garantisca l'apertura di almeno un ambulatorio per 12 ore al giorno per 5 giorni/settimana. Se almeno 4 medici si associano, le 60 ore settimanali dovute sarebbero sufficienti per l'apertura continuativa dalle 8 alle 20 per 5 giorni. Di conseguenza, i pazienti dovrebbero accedere all'ambulatorio aperto di uno dei MMG per i piccoli interventi urgenti e imprevisti. Esclusi i casi di grave urgenza (p. es. infarto, ictus, fratture), il pronto soccorso dovrebbe rimandare i pazienti al medico di assistenza primaria o, in alternativa, fare pagare interamente le prestazioni erogate. È necessario però ampliare lo spettro delle prestazioni erogabili dal MMG (Allegato D dell'ACN) e remunerarle adeguatamente. E nell'ambulatorio dovrebbe essere presente una strumentazione diagnostica minima (apparecchio per ECG, ecografia, auto-analizzatore)⁶ e almeno un medico capace di interpretare i dati. Dall'associazione semplice si potrebbe aprire, nel tempo, la strada verso l'associazione di gruppo, più strutturata.

La seconda incompiuta è lo sviluppo delle associazioni multiprofessionali, che dovranno avere sede nelle future Case della comunità. Mentre l'ACN degli specialisti ambulatoriali già prevede la loro partecipazione obbligatoria alle UCCP (art. 9 ACN 2016-18), quello dei MMG e PLS non contempla invece alcun obbligo. Si renderà quindi necessario introdurre nell'ACN in corso di rinnovo una norma chiara che renda (gradualmente) obbligatoria – e incentivata – la partecipazione dei medici di assistenza primaria alle CdC di tipo «perno» (*hub*) nelle aree urbane, sotto forma di associazioni di gruppo. Per le aree rurali e scarsamente popolate il modello delle CdC di tipo «raggio» (*spoke*) andrebbe invece ripensato a fondo o adattato. Le CdC

⁶ Nel 2020 il governo ha stanziato 235 milioni di euro per la strumentazione diagnostica degli studi dei medici generalisti, ma sembra che non siano ancora stati erogati.

favoriscono infatti la collaborazione multiprofessionale, ma possono rendere più difficoltoso l'accesso agli assistiti fragili, perché concentrando i servizi in poche strutture allungano le distanze e i tempi di percorrenza.

Un'opzione da considerare, a questo riguardo, sarebbe la collocazione delle CdC anche presso le numerose strutture ambulatoriali degli specialistici «esterni» privati accreditati. Queste strutture extra-ospedaliere sono diffuse capillarmente sul territorio (sono 2376), specialmente in alcune Regioni, e svolgono un volume di attività (21%) simile, se non superiore, a quello degli specialisti ambulatoriali interni. Non tenerne conto equivarrebbe a penalizzare i numerosi pazienti che già si rivolgono a esse. La pianificazione regionale e aziendale, una volta valutata domanda e offerta di prestazioni specialistiche e disponibilità di strutture adeguate, dovrebbe attivare quindi le UCCP in modo bilanciato tra pubblico e privato. Nei confronti dei privati convenzionati l'azienda sanitaria dovrebbe determinare dei tetti ai volumi di prestazioni erogabili per evitare fenomeni di consumismo e induzione della domanda⁷.

Il cambiamento più radicale di paradigma dovrebbe però riguardare i rapporti tra i medici di medicina generale e il distretto sanitario. Da un lato il distretto dovrebbe sviluppare capacità di analisi dei bisogni e politiche sanitarie adeguate e, dall'altro, i MMG passare da una medicina d'attesa a una medicina di iniziativa (Il Libro azzurro, 2021). Oggi, e ancor più in futuro, lo stato di salute della popolazione locale è determinato dall'ambiente fisico, dagli stili di vita e dai condizionamenti sociali. La medicina generale deve perciò adottare una prospettiva comunitaria – allargando l'orizzonte dalla famiglia alla comunità – e in questo il distretto deve fungere da supporto intelligente ai medici, suggerendo le priorità di intervento (p. es. ridurre l'obesità tra gli adolescenti, incentivare l'esercizio fisico, aumentare l'adesione agli *screening*, l'aderenza alle prescrizioni farmaceutiche ecc.), con il supporto dei *big data* amministrativi sulle patologie e sui consumi sanitari, come per esempio quelli della Banca Dati Assistiti della Regione Lombardia.

L'organizzazione della medicina di base è molto variabile tra le Regioni italiane ed è forse l'unico settore del SSN per cui non siano ancora definiti standard strutturali e organizzativi. È un settore di attività ancora largamente inesplorato, con pochissime informazioni statistiche (p. es. sul numero di pazienti visitati, sulle patologie prevalenti⁸, che sfugge a ogni valutazione da parte del contraente-ASL. Vi è quindi l'esigenza di una maggiore trasparenza nei rapporti tra SSN e MMG, che dovrebbero accettare rilevazioni statistiche sull'organizzazione degli studi medici (p. es. tipologie di associazione, n. personale impiegato), sull'attività svolta (p. es. n. visite ambulatoriali e domiciliari erogate), sui carichi assistenziali (n. pazienti secondo le patologie croniche). I rapporti convenzionali tra SSN e MMG dovrebbero essere improntati alla valutazione dell'attività e delle performance del servizio e la remunerazione essere legata ai risultati ottenuti. Da anni (2004) il NHS inglese valuta e remunera i GP in base ai punteggi ottenuti nell'area dell'assistenza clinica (gestione delle malattie croniche

⁷ Per gli specialisti interni il volume massimo è legato alle ore di attività.

⁸ Se si escludono i dati campionari di Health Search (<https://healthsearch.it/>).

più diffuse) e della salute pubblica (p. es. ipertensione, obesità, fumo) attraverso una batteria di 68 indicatori (NHS 2020, NHS 2021). I tempi sono maturi perché anche in Italia l'ACN sia basato su queste valutazioni e la FIMMG appare oggi disponibile. È tempo di deporre le armi – in senso contrattuale –, compiere un salto culturale, da entrambe le parti, e passare a un partenariato pubblico-privato, nell'interesse dei cittadini.

Con la presa di posizione delle Regioni (Regioni, 2021) l'assistenza primaria si trova a un bivio: continuare sulla strada della libera professione oppure avviarsi su quella della dipendenza dal SSN, tendere verso il modello iberico (e finnico-svedese) o rimanere su quello inglese, ancora prevalente nell'UE? In Spagna e Portogallo i medici di assistenza primaria sono dipendenti dal *Sistema Nacional de Salud* e dal *Serviço Nacional de Saúde*, sono equiparati ai medici ospedalieri, pur mantenendo un rapporto fiduciario con i propri assistiti, e sono remunerati in parte a stipendio e in parte a quota capitaria (WHO European Observatory, 2015). In città lavorano nei *Centros de salud*, abitualmente dalle 8 alle 15 (alle 20 in alcuni), da lunedì a venerdì, con altri medici generalisti (10-15), pediatri (4-5), infermieri (10-15), fisioterapisti (1-2), ostetrica, dentista e personale amministrativo (5-7)⁹. Nei piccoli comuni operano nel proprio ambulatorio (*consultorio local o auxiliar*). Svolgono attività di cura, prevenzione, riabilitazione, salute pubblica, diagnostica di base. In Finlandia i MMG sono dipendenti dalle municipalità e operano in équipe con altri professionisti sanitari negli *health centres* (European Observatory, 2019, p. 101). In Svezia i 2/3 delle *primary care units* sono di proprietà delle contee, i medici sono dipendenti e operano in équipe con infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi, ginecologi (European Observatory, 2012, p. 87-88). La proposta delle Regioni non sembra fattibile nell'immediato, perché i MMG, non avendo una specializzazione rilasciata dall'università, non possono essere assunti come dipendenti pubblici (Regioni, 2021). Si richiede quindi una modifica del curriculum di studi e della durata della specializzazione in medicina generale, modifica che in ogni caso sarebbe auspicabile. Se si optasse invece per mantenere il modello libero professionale, i MMG dovrebbero compiere un doppio salto culturale, passando dal modello del professionista singolo al lavoro di gruppo con altri pari, all'interno di équipes multiprofessionali e, soprattutto, mettendosi in relazione con il distretto sanitario, collaborando ai programmi di medicina di comunità e accettando la valutazione delle performance.

Sembra essere in atto una frattura generazionale tra la rappresentanza sindacale dei MMG, composta da medici prossimi alla pensione, legati al modello libero professionale, e i giovani medici, favorevoli invece alla dipendenza, nella quale intravedono opportunità di carriera e una migliore strutturazione dell'assistenza primaria. Nel SSN dei prossimi anni potrebbero coesistere entrambe le opzioni – libera professione e dipendenza – e questo dualismo potrebbe svelare i vantaggi e gli svantaggi di ciascuno dei due modelli. Per ora sono solo congetture, perché sarà il futuro a svelare se la coesistenza sarà possibile o quale modello avrà prevalso sull'altro.

⁹ Informazioni desunte dai siti internet dei *Centros de Salud* di Andalusia e Murcia.

In sintesi

L'assistenza primaria di oggi affonda le radici nell'«assistenza sanitaria generica domiciliare e ambulatoriale» erogata agli assicurati dell'INAM, quando fu istituito nel 1943. Da allora ha compiuto una lunga evoluzione, ma la sua metamorfosi non è ancora completa. Risalgono a quegli inizi alcuni istituti ancora oggi presenti: il rapporto fiduciario ed esclusivo che lega il paziente al medico e, quindi, l'iscrizione nell'elenco dei suoi assistiti, il ruolo del medico come punto di primo contatto (obbligato) per i problemi di salute e di autorizzazione per l'accesso ai servizi diagnostici e di cura di secondo livello (*gatekeeper*), l'esercizio dell'attività medica nel proprio ambulatorio, come singolo, legato da un rapporto libero professionale con l'ente assicurativo (oggi il SSN), la remunerazione basata sulla quota capitolaria.

Con l'avvento del Servizio sanitario nazionale nel 1978, la medicina di base ha evidenziato tre linee evolutive: la suddivisione dei compiti, una volta eseguiti dal medico generico, in attività svolte da più figure professionali (p. es. il pediatra, la guardia medica); il passaggio dall'esercizio in forma singola alla medicina in gruppo o in rete; l'integrazione del medico generalista con altri medici specialisti e professionisti sanitari. La moltiplicazione delle figure mediche (e delle convenzioni) sono stati un tentativo di risposta al problema dell'eccessiva offerta di medici, verificatosi a seguito della liberalizzazione dell'accesso all'università del 1969. L'associazione tra i medici di base, apparsa per la prima volta nella convenzione del 1978, ha assunto tre forme: l'associazione semplice, in rete e di gruppo. Nelle prime due i medici continuano a operare nel loro studio, coordinando l'attività e accedendo alla scheda del paziente, mentre nella terza lavorano in un'unica sede. L'associazione è «libera, volontaria e paritaria», ma non è molto diffusa, tanto che ancora il 32% dei MMG opera come singolo professionista, mentre nel NHS inglese è la norma. L'integrazione con i medici specialisti e con altri professionisti sanitari è (parzialmente) presente nelle 13 Regioni in cui sono attive le Case della salute, istituite a partire dal 2007. Sia le associazioni monoprofessionali che quelle multiprofessionali dovrebbero avere la loro sede fisica nelle future Case della comunità.

I medici di medicina generale appaiono oggi come manager senza direzione, nel duplice senso che non dipendono gerarchicamente da nessuna direzione dell'ASL/ASST e che sono incerti sulla direzione da prendere nei prossimi anni. L'assistenza primaria è in profonda crisi in Italia, perché prossima a compiere scelte (necessarie), che in altri paesi (Regno Unito, Spagna, Portogallo) sono state fatte ormai da diverso tempo. Si possono avanzare alcune proposte, di breve e di lungo periodo, per recuperare il distacco che ci separa dai migliori modelli stranieri. Una prima proposta, per dare risposte immediate alla richiesta di continuità assistenziale (di giorno), sarebbe quella di associare obbligatoriamente (nella forma semplice o virtuale) i medici singoli, così che un gruppo di 4 medici garantisca l'apertura settimanale delle 60 ore necessarie. Una seconda proposta sarebbe quella di rendere (gradualmente) obbligatoria la partecipazione dei medici di assistenza primaria alle CdC di tipo «perno» (*hub*) nelle aree urbane, sotto forma di associazioni di gruppo. Un'ultima proposta, per favorire la diffusione delle équipes multiprofessionali, sarebbe quella di farle operare anche presso le

strutture degli specialisti esterni privati accreditati, laddove possibile e con un controllo sui volumi di prestazioni da erogare. Nel lungo periodo, va rivista profondamente la (oggi scarsa) collaborazione tra MMG e distretto sanitario. Il distretto dovrebbe supportare, con l'analisi dei bisogni e con risorse adeguate, la transizione dalla medicina di famiglia alla medicina di comunità, dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa. I medici di medicina generale dovrebbero, dal canto loro, favorire la trasparenza sul proprio operato, accettando rilevazioni statistiche sull'attività svolta e valutazioni sulle performance, a cui dovrebbe essere legata una significativa quota della remunerazione. Recentemente è stata avanzata dalle Regioni la proposta di passaggio al rapporto di dipendenza dei MMG, proposta di non facile e immediata attuazione, che richiederebbe un cambio di sistema, per andare verso il modello iberico, un modello particolare nel panorama europeo della *general practice*. Andrebbero valutati vantaggi e svantaggi, benefici e costi dei due modelli di assistenza primaria, sapendo che non è facile sradicare un sistema che opera, nel bene e nel male, da quasi 80 anni. In futuro potrebbero coesistere entrambe le opzioni, secondo le preferenze generazionali, che vedono i giovani medici più orientati verso la dipendenza dal SSN e i medici con maggiore anzianità di servizio ancorati invece al modello libero professionale.

Ripasso

1. *In quale paese e in che periodo storico si è sviluppata la medicina generica come punto di primo contatto tra il paziente e il medico per i problemi di salute?*

- A. In Francia nel XVI secolo
- B. In Italia nel 1943 con l'istituzione dell'INAM (Istituto nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie)
- C. In Inghilterra nel 1800

2. *Quali sono i vantaggi e gli svantaggi dell'esercizio della medicina generale in gruppo rispetto alla forma singola?*

I vantaggi possono essere:

- A. Una maggiore apertura dell'ambulatorio medico, consentita dalla turnazione dei medici del gruppo
- B. Un probabile minore ricorso al pronto soccorso
- C. La possibilità di un confronto tra pari sui casi più complessi

Gli svantaggi possono essere:

- D. Una difficile gestione dei pazienti dei colleghi, se il fascicolo sanitario non è attivato
- E. Una possibile conflittualità per la compensazione delle visite fatte a pazienti di altri colleghi

3. Quali sono i risultati attesi dalle associazioni multiprofessionali tra medici generalisti, medici specialisti e altri professionisti sanitari (infermieri, riabilitatori, ostetriche ecc.) che andranno a operare nelle Case della comunità? E quali le controindicazioni?

I risultati attesi sono:

- A. La possibilità per i MMG di risolvere immediatamente i problemi più semplici e comuni dei pazienti, attraverso la diagnostica di base e il parere degli specialisti presenti
- B. La possibilità per i pazienti di ricevere, nello stesso luogo fisico, più prestazioni sanitarie (mediche, riabilitative, preventive ecc.) correlate a un problema di salute o una patologia cronica
- C. L'unicità di riferimento per i cittadini per i diversi problemi sanitari, sociali, amministrativi, di prenotazioni ecc.

Le controindicazioni possono essere:

- D. Una maggiore difficoltà di accesso per i pazienti più fragili, essendo le Case della comunità di tipo perno (*hub*) distribuite ogni 40-50.000 abitanti
- E. La probabile scarsa presenza di MMG e PLS che, in base all'attuale ACN 2016-18, non hanno l'obbligo di operare in queste strutture

Riferimenti bibliografici

ACN, «Accordo Collettivo Nazionale 29 luglio 2009 Medicina generale», <https://www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=201012212148298322&tit=&cat=&ddal=&dal=11/10/2021>. Testo consolidato.

Camera dei deputati (2021), «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie», Documentazione e ricerche n. 144, Roma, http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1631873006028.

European Observatory on Health Systems and Policies (2012), «Sweden. Health system review», vol. 14, n. 5, <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/sweden/>.

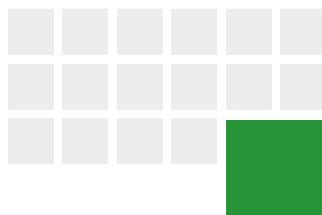
European Observatory on Health Systems and Policies (2019), «Finland. Health system review», vol. 21, n. 2, <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory-old/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/finland-hit-2019>.

FIMMG (2021), «Per una riforma della medicina generale», *Quotidiano sanità*, 27 settembre, https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=98510.

Il Libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia (2021), <https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>.

Loudon I.S.L. (1983), «The origin of the general practitioner», *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33, pp. 13-18.

- Mapelli V. (2020), «La spesa sanitaria secondo i LEA», Welforum, <https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/2-1-la-spesa-sanitaria-secondo-i-lea/>.
- Martini M.B., Garattini L., Mannucci P.M. (2021), «Libretto d'istruzioni per riformare la medicina generale italiana», *Recenti Progressi in Medicina*, 112, pp.182-185.
- Ministero della salute (2021), «Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale – Anno 2019», Roma, Annuario statistico 2019 [salute.gov.it].
- Ministero della sanità (1981), «Rapporto sanità», in Ministero del Bilancio, «Relazione generale sulla situazione economica del paese 1980», Roma.
- NHS (2020), «Quality and outcomes framework 2019-20 official statistics», 20 agosto, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/quality-and-outcomes-framework-achievement-prevalence-and-exceptions-data/2019-20/main-findings>.
- NHS Digital (2021), «General practice workforce», <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/general-and-personal-medical-services> (ultima consultazione 21 ottobre 2021).
- NHS (2021), «Quality and outcomes framework guidance for 2021/22», 1 aprile, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/03/B0456-update-on-quality-outcomes-framework-changes-for-21-22-.pdf>.
- Regioni (2021), «Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale determinata da PNRR», Roma, *Quotidiano Sanità*, 22 settembre, https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=98393.
- SISAC (2021), «Medicina convenzionata – Numero medici al 1 gennaio 2020», Roma, https://www.sisac.info/ActionPagina_296.do.
- Swift G. (1982), «Recollections and reflections: general practice since 1946», *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 32, pp. 471-479.
- WHO (1978), «Declaration of Alma-Ata», https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- WHO – European Observatory on Health Systems and Policies (2015), «Building primary care in a changing Europe», Copenhagen, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf.



8

La medicina generale

Ovidio Brignoli, Cesare Liberali, Alessandro Rubino

8.1 Cenni storici

La figura del medico di medicina generale (MMG) è nata contestualmente all'istituzione del Servizio sanitario nazionale con la legge 833 del 23 dicembre 1978. Prima della sua previsione, era il medico condotto, istituzionalizzato formalmente con l'Unità d'Italia nel 1861 e stipendiato dal Comune, a curare la popolazione residente. In base alle disposizioni vigenti ai primi del Novecento, dal regio decreto 1 agosto 1907, n. 636, al regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2889, per fare solo due esempi, la presenza del medico chirurgo condotto aveva anche l'obiettivo di offrire cure gratuite ai poveri. A questo scopo, i Comuni avevano l'obbligo di procedere alla compilazione di uno speciale elenco degli aventi diritto all'assistenza gratuita. Allo stesso medico condotto potevano anche essere affidate le funzioni di ufficiale sanitario, ovvero lo svolgimento del servizio di vigilanza igienica e profilassi.

Nella prima metà del Novecento nasce poi il concetto di mutualità corporativa come mezzo di tutela per i lavoratori; nel 1934 viene fondata la Federazione Nazionale Casse Mutua e nel 1943 l'Istituto Nazionale Assicurazione Malattia. In questo modo, l'assistenza era basata su un accesso ai servizi sanitari dipendente dalla condizione lavorativa. Questo sistema di tipo assicurativo-previdenziale garantiva le cure non in quanto cittadini italiani, ma in quanto lavoratori. I contributi necessari erano versati dai lavoratori e dai datori di lavoro alle casse mutue, con un conseguente accesso differenziato in base alla tipologia di lavoro svolto e con le classi più deboli e i disoccupati esclusi dal sistema e assistiti dal medico condotto.

Con la legge 833 del 23 dicembre 1978 viene definito il principio di uguaglianza, ovvero l'erogazione a tutti i cittadini delle medesime prestazioni a parità di bisogno e con un'equa distribuzione su tutto il territorio.

Nasce in questo contesto il medico di medicina generale. Si istituisce il concetto di massimale, fissato a oggi a 1500 pazienti, con conseguente aumento del numero medici e ven-

gono definite delle aree omogenee di assistenza, ambiti o zone carenti, alle quali il medico può accedere partecipando ad appositi bandi pubblici. Queste zone vengono definite in base all'area geografica, spesso consistente in uno o più Comuni, e il numero di posti in una determinata zona viene calcolato in relazione al rapporto di assistiti, definito rapporto ottimale, deciso con le organizzazioni sindacali in sede di trattativa regionale e aziendale.

Al momento dell'istituzione della figura del MMG, ogni medico laureato poteva accedere alla professione partecipando all'assegnazione delle zone carenti e anche conseguire specializzazioni o svolgere attività ospedaliera pur mantenendo la convenzione come medico di medicina generale.

Successivamente, con direttiva 86/457/CEE del 15 settembre 1986 e direttiva 93/16/CEE del 5 aprile 1993, è stata istituita in tutti i Paesi europei l'obbligatorietà del possesso di un diploma specifico per poter accedere alla professione.

Come previsto dal D.lgs. 368 del 17 agosto 1999 e sue modificazioni e integrazioni, per poter esercitare come MMG nell'ambito del Servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica. La gestione del corso è assegnata alle Regioni dal decreto ministeriale 7 marzo 2006. Il corso ha una durata complessiva di 3 anni e consta di attività pratiche, ospedaliere e territoriali e di attività teoriche.

8.2 Inquadramento contrattuale e ACN (Accordo Collettivo Nazionale)

Il MMG è un libero professionista convenzionato con il Sistema sanitario nazionale. Egli instaura, quindi, un rapporto privatistico di lavoro autonomo-professionale con i connotati di parasubordinato.

Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e i MMG è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale (la rappresentatività viene definita in base al numero di deleghe e quindi di iscritti).

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) disciplina i rapporti con i MMG ai sensi del D.lgs. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Secondo l'articolo 36 dell'ACN vigente, lo studio del MMG è considerato presidio del SSN.

La Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC) rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale. Svolge il ruolo di rappresentante negoziale. Istituita con la legge 289 del 27 dicembre 2002, opera a seguito di specifico atto di indirizzo disposto dal Comitato di Settore della sanità nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni.

Inoltre, esistono altri due livelli di contrattazione, uno regionale e uno aziendale. Questi livelli di contrattazione hanno una funzione di tipo migliorativo e incrementale, possono quindi definire risorse e compiti aggiuntivi come l'incremento delle ore minime di personale

amministrativo o infermieristico, l'adesione alle campagne vaccinali al di fuori di quelle anti-influenzali, l'implementazione dell'assistenza domiciliare programmata ecc.

È previsto che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità e alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali (AIR) la definizione di indicatori e di percorsi applicativi, compresi modelli organizzativi. Inoltre, il comitato regionale formula proposte e pareri sulla corretta applicazione dell'ACN.

Il livello negoziale aziendale (accordo integrativo aziendale, AIA) definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale. Tra i suoi compiti ha anche quello di esprimere pareri su una serie di specifiche materie indicate.

Vengono erogati direttamente dall'azienda sanitaria i compensi relativi al mese precedente, salvo diverse determinazioni su specifici progetti.

Secondo l'articolo 59 dell'ACN vigente, il compenso dei medici convenzionati per l'assistenza primaria è suddiviso in quota fissa e quota variabile.

La quota fissa, che possiamo definire anche quota capitaria, è negoziata a livello nazionale ed è calcolata sul numero di assistiti e ponderata in base alle fasce di età. La quota variabile può essere divisa, a scopo didattico, in due ambiti. Una prima quota variabile, finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico. Essa è per esempio attribuibile a: attività in forma associativa, indennità informatica, collaboratore di studio, personale infermieristico, obiettivi di programmazione regionale e/o aziendale.

Una seconda quota variabile per servizi calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale (che potremmo definire *fee-for-service*). Essa è, per esempio, attribuibile a: prestazioni aggiuntive (PiPP), assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata (ADP), assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni e attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso e utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle aziende.

A oggi, la quota fissa risulta la quota preponderante all'interno del cedolino del MMG. Nel caso di un medico che decida di aderire interamente ai progetti indicati all'interno delle quote variabili, questa supera comunque il 70% del compenso totale, senza però considerare le spese che il medico che partecipa a specifici progetti deve sostenere (vedi assunzione di personale, investimenti strutturali e incremento orario). Questo è considerato uno dei motivi di sistema che frena l'investimento della medicina generale sulle proprie attività e sull'implementazione dell'offerta.

8.3 Aspetti gestionali e cooperative

Il MMG può essere assimilato a una piccola media impresa, nella quale i fattori di produzione sono gestisti e a carico dello stesso medico, il quale riceve, oltre alla quota capitaria, degli incentivi in base alla propria organizzazione e in base a specifici progetti.

Il lavoro del MMG oltre che sul piano clinico si compone quindi di diversi aspetti organizzativi e gestionali. Temi spesso sottovalutati e poco considerato dagli attori esterni al sistema.

Al MMG sono attribuiti un numero massimo di 1500 pazienti, incrementabile in sede di accordo integrativo regionale e aziendale per specifiche aree. La scelta fiduciaria da parte del paziente è regolata attraverso un meccanismo di scelta/revoca che garantisce la libera scelta.

Buona parte delle attività quotidiane si affiancano all'attività di relazione diretta con gli assistiti, come per esempio visite ambulatoriali, visite domiciliari programmate, consulti telefonici, gestione delle urgenze ambulatoriali e domiciliari, ripetizione prescrizioni abituali (richiesta/ritiro; supporto informatico). A queste attività si associano quelle di aggiornamento professionale continuo, ricevimento di informatori scientifici del farmaco e recepimento delle nuove indicazioni e modalità operative attraverso circolari e comunicazioni nazionali, regionali e aziendali.

L'accesso allo studio medico può avvenire in modo libero (attualmente non attuabile in seguito all'emergenza Covid-19) o su appuntamento. Gli orari di apertura dello studio medico sono definiti all'interno dell'ACN come orari minimi, incrementabili in sede di accordo integrativo regionale.

Il medico ha inoltre la possibilità di aggregarsi in forme associative, incrementando quindi il livello di assistenza.

La forma associativa, secondo l'ACN vigente, è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a 8.

Fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e il relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico.

Al momento, le forme associative possibili sono la medicina di rete e la medicina di gruppo. Queste forme sono caratterizzate da specifici requisiti minimi definiti in sede di ACN e incrementabili in sede di AIR e AIA.

Per la medicina di rete non è necessario che i medici afferiscano alla stessa struttura fisica, ma è necessario che tutti possiedano cartelle cliniche che possano comunicare tra di loro, in questo modo è possibile garantire assistenza continuativa ai pazienti di tutti i medici aderenti alla rete. Uno degli obiettivi della medicina di rete è infatti quello della copertura di fasce orarie più ampie rispetto a quelle di un medico singolo, in modo tale che in caso di necessità un paziente afferente alla rete possa recarsi da un qualsiasi MMG della rete al di fuori degli orari di studio del medico a cui risulta iscritto.

Per quanto riguarda la medicina di gruppo, è necessario che i medici svolgano nella stessa struttura fisica più del 50% della propria attività professionale.

All'interno della sua organizzazione, il MMG può avvalersi della collaborazione di personale amministrativo di studio e personale infermieristico rispetto ai quali vengono definiti requisiti e orari minimi in sede di ACN.

In un sondaggio eseguito tra i discenti dei corsi manageriali di PoliS-Lombardia (anno 2021) è emerso come il MMG dovrebbe lavorare sempre con personale e all'interno di forme organizzate in modo da andare incontro alle esigenze di salute in continuo aumento.

In relazione agli aspetti gestionali di competenza del MMG, i principali riguardano, *in primis*, l'individuazione di una struttura idonea all'utilizzo dal punto di vista delle autorizzazioni igienico-sanitarie come «studio medico», secondo requisiti individuabili all'interno dell'ACN. La gestione sia dal punto di vista di manutenzione ordinaria e straordinaria sia per quanto riguarda la responsabilità civile, oltre che dal punto di vista economico, sarà a tutti gli effetti di competenza del MMG.

In secondo luogo, è necessario organizzare un sistema di infrastruttura informatica idoneo e individuare una cartella clinica digitale per la registrazione dei propri pazienti. Esistono una molteplicità di cartelle cliniche con aspetti gestionali e prezzi differenti tra le quali il MMG può scegliere; nessuna di queste è integrata con il Fascicolo sanitario elettronico, strumento con il quale il MMG può consultare i referti dei pazienti, ma su cui non può caricare informazioni.

Per quanto riguarda l'utilizzo del personale di studio, il MMG deve stipulare con il personale amministrativo un contratto di dipendenza, garantendo formazione e tutele (quali per esempio ferie, malattia, previdenza ecc.). Per il personale infermieristico, il contratto potrà essere sia libero-professionale che di subordinazione.

Tutti questi aspetti sono soggetti a limitazioni e attenzioni aggiuntive nel momento in cui il MMG decide di lavorare in forma associata, soprattutto per quanto riguarda il contratto lavorativo con il personale amministrativo e infermieristico. Questo perché le forme associative definite in sede di ACN non sono al contempo forme riconosciute giuridicamente.

Sulla scorta di questi elementi è emersa la necessità di trovare una forma giuridica idonea alla gestione organizzativa della medicina generale. Una delle possibili soluzioni sono le società cooperative.

Le prime realtà cooperative della medicina generale sono sorte alla metà degli anni Novanta.

L'elemento caratterizzante la società cooperativa è lo scopo mutualistico, cioè quello di soddisfare i bisogni per i quali i soci costituiscono la cooperativa o vi aderiscono successivamente: nel caso dei professionisti, l'obiettivo è quello di consentire loro di esercitare la professione nel modo più efficace ed efficiente possibile, anche grazie alle sinergie che possono scaturire dalla collaborazione con gli altri soci (art. 2521 c.c.).

L'ACN vigente definisce la possibilità di utilizzo della forma cooperativa indicandole tra le società di servizio delle quali il MMG può avvalersi per l'espletamento dei propri compiti.

A oggi, le società cooperative, oltre alla gestione degli studi medici, vengono sfruttate per lo sviluppo di progettualità aggiuntive definite da AIR e AIA.

8.4 Demografia della popolazione assistita e aspetti gestionali

Secondo quanto espresso dal XIII Report Health Search della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, tenendo conto del solo ambito clinico ed escludendo le attività burocratiche amministrative come per esempio l'attività certificativa, si nota un graduale e costante incremento del carico di lavoro, con un'impennata tra il 2009 e il 2018 (da 7,1 contatti/paziente/anno nel 2009 a 10,1 contatti/paziente/anno nel 2018). La maggior parte dei contatti medico-paziente è rappresentata dalle visite di tipo «ambulatoriale» seguite dalla «richiesta di farmaci e prestazioni». Il peso delle visite ambulatoriali sul totale dei contatti medico-pazienti è diminuito progressivamente negli ultimi anni, andando dal 74% del 2011 al 54% del 2018. A questo andamento si contrappone la quota di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni, che è aumentata considerevolmente dal 17% del 2011 al 37% del 2018.

Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2018, stratificato per fasce di età e sesso, cresce all'aumentare dell'età dei pazienti in entrambi i sessi, fino a raggiungere 23,5 contatti/paziente/anno per gli uomini ultra 85enni.

Tra le patologie che hanno generato il maggior numero di contatti, l'ipertensione non complicata è quella maggiormente rappresentata (19,4% dei contatti totali nel 2018), seguita dal diabete mellito di tipo II (7,0%), dalla dislipidemia (5,5%) e dalle malattie ischemiche (4,5%).

Secondo quanto si può osservare dai dati degli ultimi anni, per ogni MMG la popolazione assistita può essere stratificata considerando che l'1,5% dei pazienti (23 nel caso di MMG massimalista) avrà un bisogno di assistenza elevato, il 13,2% (198) saranno cronici poli-patologici con alta richiesta di assistenza, il 20,3% (304) avranno una cronicità iniziale spesso mono-patologica e il 65% (975 pazienti) dei pazienti sarà in buono stato di salute con necessità acute e accessi saltuari.

Saranno quindi compiti del MMG definire gli aspetti organizzativi del proprio lavoro in base al contesto nel quale opera e in base alla demografia della propria popolazione assistita.

Dovrà tenere conto principalmente:

- per quanto riguarda i propri pazienti: della durata media del consulto (in base al numero e tipologia di accessi/contatti), della corretta distribuzione del consulto tra telefonico, ambulatoriale o attraverso altri sistemi. Considerando inoltre una tempistica idonea per i compiti amministrativi e certificativi ai quali è soggetto (malattia, infortunio, invalidità, attivazione di voucher e ausili, prescrizione di presidi per diabete e assorbenza, sorveglianza sanitaria ecc.);
- per quanto riguarda il contesto in cui opera: della disponibilità delle procedure e tempi di attesa, delle eventuali difficoltà logistiche di accesso ai servizi, aspetti di economia sanitaria e farmaco-economia;

- dovrà inoltre considerare la corretta gestione degli appuntamenti e la ricezione/consegna delle prescrizioni abituali attraverso un servizio di segreteria adeguato.

Per comprendere al meglio la professione di medico di medicina generale è indispensabile considerare la numerosità degli stakeholders con i quali esso ha rapporti. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, possiamo individuare: Regione, azienda sanitaria, Comune, INAIL, INPS, aziende ospedaliere pubbliche e private, compagnie assicurative ecc.

Bisogna considerare in quest'ottica che ogni attore ha aspettative, necessità e competenze differenti sul piano professionale e relazionale.

Dal punto di vista clinico, il MMG ragiona dunque seguendo principalmente la necessità di dare risposta rapida ed efficace al bisogno di salute del proprio paziente e nel contempo ottimizzare la richiesta di esami diagnostici grazie alla conoscenza del proprio paziente e alla conseguente capacità di decodificare meglio i sintomi riferiti e di contestualizzarli. Al contempo deve possedere una serie di competenze di ambito manageriale e gestionale che gli consentano di organizzare strutture idonee alla sempre crescente necessità di assistenza dei cittadini, integrandola con le crescenti e mai uniformi richieste di stakeholder all'interno del sistema sanitario.

Per questo una corretta relazione tra tutti gli altri attori del sistema sanitario e la medicina generale, sul piano progettuale, può portare alla nascita di percorsi virtuosi di miglioramento dell'offerta e dell'assistenza e all'ottimizzazione delle risorse allocate. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale una conoscenza approfondita del MMG, sia per quanto riguarda il suo inquadramento contrattuale, e quindi le regole di sistema dettate dall'Accordo Collettivo Nazionale, sia per quanto riguarda il suo contesto lavorativo in termini di demografia degli assistiti, gestione dell'attività lavorativa e compiti specifici della sua professione.

In sintesi

La figura del medico di medicina generale (MMG) è nata contestualmente all'istituzione del Servizio sanitario nazionale con la legge 833 del 23 dicembre 1978. Prima di questo erano presenti le figure di medico condotto e medico della mutua. Come previsto dal D.lgs. 368 del 17 agosto 1999 e sue modificazioni e integrazioni, per poter esercitare come MMG nell'ambito del Servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica.

Il MMG è un libero professionista convenzionato con il Sistema sanitario nazionale. Egli instaura, quindi, un rapporto privatistico di lavoro autonomo-professionale con i connotati di parasubordinato.

Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e i MMG è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale stipulate tra la parte sindacale e la SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati) che rappresenta la delegazione di parte pubblica.

È previsto che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità e alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali (AIR) la definizione di indicatori e di percorsi applicativi, compresi

modelli organizzativi. Il livello negoziale aziendale (accordo integrativo aziendale, AIA) definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

Secondo l'articolo 59 dell'ACN vigente, il compenso dei medici convenzionati per l'assistenza primaria è suddiviso in quota fissa e quota variabile. La prima è calcolata sul numero di assistiti e ponderata in base alle fasce di età. La seconda può essere finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico. Oppure, in secondo luogo, calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale (che potremmo definire *fee-for-service*).

A oggi, la quota fissa risulta preponderante all'interno del cedolino del MMG.

Il MMG può essere assimilato a una piccola media impresa, nella quale i fattori di produzione sono gestisti e a carico dello stesso medico, il quale riceve, oltre alla quota capitolaria, degli incentivi in base alla propria organizzazione e in base a specifici progetti, componendosi quindi di diversi aspetti organizzativi e gestionali.

Al MMG sono attribuiti un numero massimo di 1500 pazienti e può organizzarsi in forme associative di rete o di gruppo.

Al fine di gestire meglio alcuni aspetti organizzativi nella prima metà degli anni Novanta nascono le prime realtà cooperative della medicina generale. L'elemento caratterizzante la società cooperativa è lo scopo mutualistico.

Negli ultimi anni si nota un graduale e costante incremento del carico di lavoro del MMG, con un'impennata tra il 2009 e il 2018.

Dal punto di vista clinico, il MMG ragiona dunque seguendo principalmente la necessità di dare risposta rapida ed efficace al bisogno di salute del proprio paziente e nel contempo ottimizzare la richiesta di esami diagnostici grazie alla conoscenza del proprio paziente e alla conseguente capacità di decodificare meglio i sintomi riferiti e di contestualizzarli. Al contempo deve possedere una serie di competenze di ambito manageriale e gestionale che gli consentano di organizzare strutture idonee alla sempre crescente necessità di assistenza dei cittadini, integrandola con le sempre crescenti e mai uniformi richieste di stakeholder all'interno del sistema sanitario.

Ripasso

1. Quando è stata istituita la figura del medico di medicina generale (MMG)?

- A. 1948
- B. 1992
- C. 1978
- D. 2000

2. Qual è la forma contrattuale del medico di medicina generale?

- A. Dipendente
- B. Libero professionista
- C. Co.Co.Co
- D. Dirigente

3. Quali sono le patologie che generano il maggior numero di contatti/anno per il MMG?

- A. Ipertensione arteriosa
- B. BPCO
- C. ASMA
- D. Diabete mellito

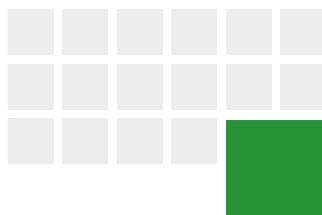
Riferimenti bibliografici

Accordo Collettivo Nazionale (ACN) Medicina Generale, 29 luglio 2009 e s.m.i.

XIII Report Health Search (2020), Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze.

Delibera di Giunta Regionale n. X/6164 del 30 gennaio 2017, Regione Lombardia.

Rubino A., Liberali C., Vendramini A. (2021), «Verso la riforma della Medicina Generale, conoscersi per rinnovarsi», AFSSL, PoliS-Lombardia.



9

La medicina generale in Europa: tra dibattiti antichi e innovazioni organizzative

Lucia Ferrara e Angelica Zazzera

9.1 Medicina generale e aziende sanitarie: un ruolo in trasformazione

La medicina generale (MG) rappresenta il punto di primo accesso per il paziente al SSN, nonché la principale espressione delle cure primarie, come riconosciuto dalla Dichiarazione di Alma Ata nel 1978, che individua il ruolo fondamentale nel garantire la salute di tutta la popolazione. Da allora, le cure primarie si sono configurate come il perno del sistema di cure, permettendo il miglioramento degli standard di vita e dello sviluppo socio-economico (WHO, 2018). Tuttavia, alcuni elementi socio-demografici come l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata prevalenza di malattie croniche, le nuove configurazioni dei nuclei familiari e il peggioramento delle condizioni socio-economiche di alcuni gruppi di popolazione pongono nuove importanti sfide alle cure primarie e, più in particolare, alla MG. A tali nuovi e complessi bisogni di salute si collega una domanda di servizi che necessita di risposte sempre più integrate, che adottino logiche di comunità e un atteggiamento più proattivo (come suggeriscono i filoni del welfare e medicina di iniziativa). È in questa logica che si stanno muovendo i sistemi, come emerge dalle priorità evidenziate nella Missione 6 del PNRR, che pone enfasi sul rafforzamento dell'assistenza territoriale e dei suoi sistemi di coordinamento (attraverso le Centrali operative territoriali – COT), sul ruolo della MG e su interventi indirizzati alla collettività che coinvolgono la comunità (Case della comunità, ospedali di comunità ecc.).

Oltre ai cambiamenti nella domanda, gli ultimi anni sono stati caratterizzati da rilevanti cambiamenti nell'offerta di servizi sanitari. Si pensi per esempio alla riconfigurazione degli assetti istituzionali delle aziende sanitarie e alla riduzione del numero delle aziende sanitarie territoriali che sono passate dalle 197 del 2001 alle 118 di oggi (un netto -40%) (Cinelli et al., 2020). Tali processi di trasformazione istituzionali e organizzativi, oltre a ridefinire i confi-

ni dei servizi territoriali, fisiologicamente modificano il rapporto con i professionisti convenzionati (in primo luogo, i MMG, che sono chiamati sempre più a gestire i percorsi dei pazienti, assumere funzioni di indirizzo e orientamento e sviluppare un approccio *patient-centered*, volto alla governance degli interventi erogati in modo frammentato da soggetti diversi.

Alcune caratteristiche intrinseche della MG aggiungono ulteriore complessità al quadro fin qui descritto. Come mostra la Figura 9.1, la MG è caratterizzata da un'elevata anzianità demografica. Gli ultimi dati disponibili (2007-2017) mostrano che la composizione dei MMG con oltre 27 anni di anzianità dalla laurea è passata dal 32,2% al 73,5%, con una situazione estremamente difforme tra le Regioni, con alcune Regioni del Nord che superando quota 1300 nel rapporto tra popolazione con età superiore ai 14 anni e MMG attivi risultano già in piena crisi demografica a livello professionale (Cappelli, 2018). Alla luce dei cambiamenti del sistema descritti, che si sommano a quelli prospettati durante l'emergenza pandemica (come la dirompente introduzione della telemedicina), l'anzianità e la carenza di MMG risultano elementi critici nella riflessione del ruolo pivotale della MG nel sistema.

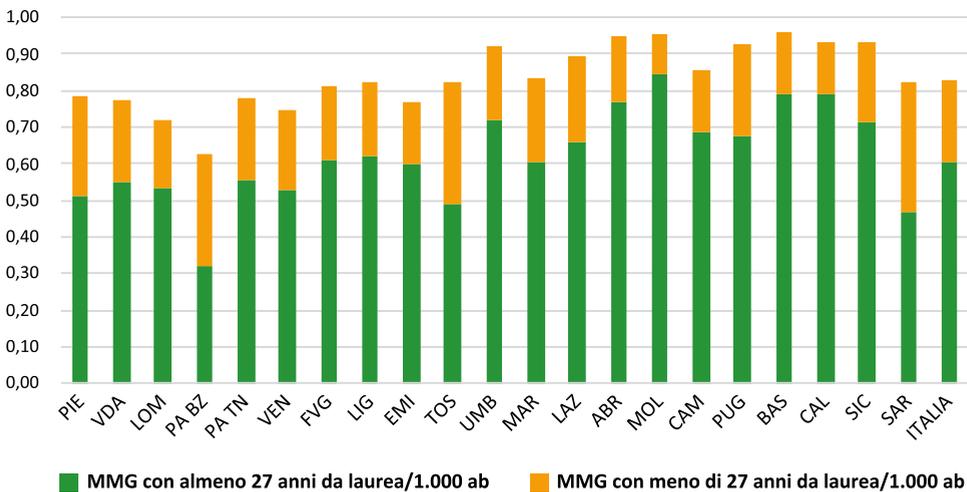


Figura 9.1 – MMG per 1000 abitanti 14+, per Regione (2017).

Fonte: Barzan et al., 2019.

Per rispondere a tali sfide la normativa italiana ha negli anni tracciato 3 principali traiettorie di lavoro e sviluppo. In primo luogo, si è cercato di agire sull'organizzazione dell'attività dei MMG, tramite l'incentivazione della diffusione di forme associative volontarie come associazioni semplici, medicina in rete, medicina di gruppo e società di servizi (cooperative). In secondo luogo, sono state introdotte indicazioni per migliorare la gestione dello scambio tra professionisti a livello funzionale, con le équipes territoriali prima e le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) poi. Infine, il tentativo è stato quello di promuovere un'erogazione inte-

grata dei servizi (favorendo la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità) a livello strutturale, con le UTAP (Unità di Assistenza Primaria) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) (Barzan et al., 2019). Tali traiettorie sono state sviluppate a partire degli anni 2000 con gli ACN 2000, 2005, 2009, 2010 e in seguito con la Legge Balduzzi 189/2012 e il Patto per la Salute 2014/2016. La Tabella 9.1 mostra le principali forme organizzative della MG e le variabili che le contraddistinguono.

	TIPO DI MODELLO ORGANIZZATIVO		COMPOSIZIONE		MODALITÀ DI ADESIONE	
	FUNZIONALE	STRUTTURALE	MONO PROFESSIONALE	PLURI PROFESSIONALE	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
FORME ASSOCIATIVE	X	X	X			X
EQUIPE TERRITORIALI	X			X		X
AFT	X		X		X	
UTAP		X		X		X
UCCP		X		X	X*	

* Secondo l'ACN 2009, dall'entrata in vigore dell'accordo i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle UCCP attivate con gli accordi regionali. Nonostante ciò, non tutte le regioni hanno pienamente attivato tali forme organizzative.

Tabella 9.1 – Comparazione dei modelli organizzativi della MG.

Fonte: Barzan et al., 2019.

Per tutto quanto evidenziato in premessa, emerge un quadro in grande trasformazione, non solo a livello nazionale ma anche sul fronte internazionale. Guardando all'Europa, infatti, diversi Paesi hanno da tempo avviato e adottato soluzioni innovative di massimo interesse per rilanciare la sanità territoriale, che potrebbero costituire un punto di riferimento per orientare la riflessione sul tema. Cosa è possibile apprendere dalle esperienze internazionali? Partendo dall'esperienza di due Paesi, Olanda e Regno Unito, il contributo intende quindi analizzare alcuni modelli innovativi a livello internazionale per quel che concerne la MG che potrebbero offrire spunti interessanti a livello nazionale e regionale.

9.2 L'Olanda: i care group e i modelli di finanziamento *bundled*

Al centro delle esperienze più significative di riforma del sistema sanitario olandese si pone il comparto delle cure primarie e, in particolare, la figura dei *general practitioner* (GP – l'equivalente del MMG). Dal punto di vista organizzativo, il GP ha svolto tradizionalmente un ruolo di *gatekeeper* assumendo la responsabilità personale nei confronti della lista di pazienti di propria competenza. Mediamente, si tratta di liste costituite da 2250-2500 pazienti residenti nel bacino territoriale di riferimento. A questo proposito, la normativa olandese attribuisce ai

cittadini la facoltà di scegliere il GP presso cui registrare il proprio nominativo e di cambiarlo annualmente. Uno dei pilastri della *managed competition* introdotta nel 2016 è infatti la libertà di scelta del paziente. Le riforme introdotte negli ultimi anni hanno imposto la sperimentazione di nuove soluzioni organizzative e gestionali, prioritariamente finalizzate a incrementare il coordinamento delle cure, quale condizione per perseguire obiettivi di qualità, efficienza allocativa, appropriatezza degli interventi e una maggiore integrazione tra i vari attori della rete. Il GP è, quindi, chiamato a svolgere con maggiore incisività rispetto al passato la sua funzione di *gatekeeping* e diviene l'elemento cardine di un sistema territoriale complesso, in grado di integrare l'assistenza sanitaria in senso multidisciplinare e multilivello. Il corretto svolgimento di tale funzione strategica viene a dipendere sia dalle sue competenze che dalla capacità del legislatore di porre in essere un adeguato sistema di incentivi basato sui principi della competizione amministrata. Sulla base di tali considerazioni, il Ministero della Sanità olandese ha elaborato una propria visione per il miglioramento delle cure primarie di cui, nell'economia del contributo, si sottolineano tre tratti distintivi.

- 1) La creazione di *care groups*, forme di aggregazione di dimensioni significative, legalmente riconosciute, che si esprimono nella costituzione di medicine di gruppo che integrano competenze e professionalità multidisciplinari (prevalentemente GP e infermieri). Sotto il profilo gestionale il GP è responsabile dell'organizzazione, della gestione e del coordinamento delle cure nel *care group*, mentre sotto il profilo operativo, può provvedere alla diretta fornitura delle cure, attraverso le prestazioni dei suoi membri, oppure può acquistare le prestazioni da terzi fornitori (in genere sono oggetto di sub-contrattazione le attività di dietisti, oftalmologi, laboratori analisi e internisti [NIPHE, 2010]). Con la creazione di tali gruppi si osserva il trasferimento verticale di competenze (p. es. da specialisti e/o MMG a infermieri) e la riallocazione orizzontale dei compiti tra i professionisti della sanità, con il progressivo ampliamento degli ambiti di operatività (e responsabilità) dei provider attivi nelle cure primarie [Willcox et al., 2011].
- 2) La creazione di cooperative di cure primarie (*general practitioners cooperative*, GPC), specializzate nell'erogazione di prestazioni sanitarie caratterizzate da un grado di urgenza da moderato a medio-alto, nelle ore notturne e nei giorni festivi. Si tratta di organizzazioni di grandi dimensioni (tra le 50 e 250 unità), che servono un bacino d'utenza variabile dagli 80.000 ai 500.000 abitanti e che sono solitamente localizzate o nell'area di un ospedale, presso una struttura esterna a esso; o all'interno dell'ospedale in locali che fisicamente precedono il PS così da massimizzare l'efficacia della funzione di *gatekeeping*; o più raramente all'interno dell'ospedale, svolgendo la propria attività in forma integrata rispetto a quella del reparto di emergenza. Sulla base dei dati più recenti, il numero delle GPC attualmente attive garantisce la copertura dell'intera popolazione [Wijers et al., 2012]. L'istituzione delle GPC costituisce la soluzione organizzativa che

consente la copertura delle prestazioni sanitarie durante le 24 ore, compresi i giorni festivi, in modo complementare ai tradizionali studi medici. Le GPC hanno sostituito il precedente modello di assistenza nelle ore notturne e nei festivi basato su gruppi di GP organizzati sulla base di turni (*rota group*) che aveva nel tempo causato una crescente insoddisfazione per i carichi di lavoro eccessivi (NGH, 2011).

- 3) Un ulteriore elemento di innovazione attiene ai meccanismi di remunerazione e l'introduzione dei *bundled payment*. Il sistema, dal 2006, prevede un sistema di pagamento misto: un pagamento annuo a quota capitaria (circa 62 euro per paziente); il pagamento diretto di un contributo per ciascuna prestazione (*fee for service*) che compete ai medici disposti ad ampliare la propria area di intervento attraverso l'erogazione di specifici servizi (trattamenti chirurgici di limitata entità, diagnosi ecografiche, attività di screening ecc.); l'introduzione di un meccanismo di pagamento di tipo *bundled* vincolato alla operatività dei *care group*. In un sistema di *bundled payment* l'assicurazione sanitaria, piuttosto che pagare ciascun fornitore separatamente, effettua un unico pagamento a favore del *care group* sulla base di un contratto che specifica prezzo, qualità e quantità delle prestazioni in funzione degli standard assistenziali nazionali previsti per la singola patologia. Il *care group* assume la responsabilità di erogare ai pazienti affetti da patologie croniche (per esempio diabete, BPCO e patologie cardiovascolari) tutte le prestazioni ricomprese nell'ambito delle cure primarie previste dagli standard medici nazionali. Se le tariffe per ciascun pacchetto di cure costituiscono il risultato della contrattazione tra assicurazione e *care group*, il contenuto del pacchetto di servizi è definito a livello nazionale secondo specifici standard che si limitano a identificare le prestazioni da erogare senza specificare la figura professionale chiamata a fornire la prestazione, ciò con l'obiettivo di promuovere la concorrenza orizzontale tra professionisti sanitari. A oggi risultano attivi oltre 100 *care group* caratterizzati da un'operatività regionale.

9.3 Il Sistema sanitario nazionale – l'esperienza dell'NHS England

In Inghilterra, come nel resto del Regno Unito, la sanità territoriale è fortemente consolidata e il GP ricopre un ruolo fondamentale, in quanto rappresenta il punto di contatto del cittadino con il NHS (il Servizio sanitario nazionale – National Health Service), nonché il punto di accesso e il canale preferenziale attraverso cui gli utenti possono usufruire dell'assistenza sanitaria specialistica e ospedaliera. Le persone abitualmente residenti nel Regno Unito possono registrarsi presso un GP e consultarlo gratuitamente. Con la riforma del 2012, il NHS ha avviato un importante processo di riforma che ha introdotto meccanismi per incentivare la concorrenza tra erogatori, con il passaggio da un sistema verticalmente integrato a un siste-

ma contrattuale. La struttura organizzativa e amministrativa del NHS, così come ridefinita dalla recente riforma, si articola fundamentalmente su tre livelli: Governo, Servizio sanitario nazionale inglese (NHS England) e Clinical Commissioning Groups (CCGs). Tre le principali innovazioni che si intende richiamare all'interno del contributo.

I Clinical Commissioning Groups (CCGs) sono soggetti giuridici ai quali il NHS demanda il ruolo di committente (acquisto) delle prestazioni sanitarie necessarie per il benessere della popolazione di riferimento e rappresentano la chiave di volta del NHS. Tutti i GP devono far parte di un CCG. Secondo i dati più recenti (NHS England, 2021), ci sono circa 130 CCGs in Inghilterra e ciascuno ha in media un bacino d'utenza di circa 230.000 persone. Ogni CCG è guidato da un comitato direttivo, al cui interno devono essere presenti, oltre ai GP, almeno un medico specializzato, un infermiere e un rappresentante del settore pubblico. I CCGs erogano direttamente le cure primarie, attraverso i GP, che ne sono parte integrante, e commissionano la maggior parte dei servizi sanitari offerti dal NHS, tra cui il pronto intervento in caso di emergenza (attraverso il servizio di ambulanza), le cure ospedaliere elettive, i servizi materno-infantili, quelli di comunità e per la salute mentale. Per fare tutto ciò i CCGs possono servirsi di personale e strutture del NHS e di diverse tipologie di società che operano nel settore sanitario.

Un ulteriore elemento distintivo delle riforme più recenti è l'istituzione a livello nazionale del ruolo del *community matron*. Il titolo è attribuibile a un infermiere con almeno dieci anni di esperienza e che ha seguito un apposito corso di formazione universitario, operante nell'ambito dell'assistenza primaria e che ricopre il ruolo di *case manager* per supportare i pazienti che richiedono servizi sanitari costosi e intensivi oppure ad alto rischio di ospedalizzazione. Il *community matron* agisce come punto di raccordo tra le cure primarie e secondarie e può di fatto essere un dipendente di uno studio di GP o di un ospedale. Questa nuova figura professionale richiama molto il ruolo degli infermieri di famiglia e di comunità (IFeC), ma si limita al coordinamento dei diversi soggetti che erogano le cure al paziente. Gli obiettivi operativi nazionali prevedono che un *community matron* ricopra il ruolo di *case manager* per 50-80 pazienti. È il *community matron* (con il supporto del GP) a definire o rivedere il piano di cura per i pazienti affidati. A livello organizzativo e operativo, la creazione di questa nuova figura professionale come *case manager* sul territorio per i pazienti cronici più complessi rappresenta un'innovazione interessante, in quanto non mira a rimpiazzare nessun ruolo esistente, ma piuttosto a complementare le diverse figure responsabili per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Altra componente molto interessante del modello britannico sono l'attenzione alla qualità (*National Service Framework* e il *Quality and Outcomes Framework*) e gli incentivi alla performance, in particolare l'erogazione di bonus in seguito a prestazioni sanitarie considerate ottimali sia per quel che concerne gli interventi urgenti in ospedale che le cure primarie. La particolare utilità degli incentivi economici in essere nel Regno Unito afferisce anche alla funzione di monitoraggio sulla qualità delle cure erogate. Infatti, grazie a iniziative quali le *Best Practice Tariffs* e *Advancing Quality*, è possibile favorire l'erogazione di prestazioni di

qualità elevata e di monitorarne l'applicazione con incentivi tramite meccanismi di retribuzione (per esempio i *Payment for Performance*), piuttosto che utilizzare meccanismi volti al monitoraggio delle cure come fine a se stesso.

9.4 Italia, Olanda e Inghilterra: esperienze a confronto

I paragrafi precedenti hanno evidenziato dibattiti antichi e innovazioni recenti, tuttavia, la gran parte delle aree di innovazione dei servizi territoriali che riguardano le cure primarie fa riferimento a temi seminati 20 anni fa: il costante tentativo di costruire forme di collaborazione tra MMG; la multiprofessionalità territoriale, le forme di concentrazione dei servizi che usano i luoghi fisici per creare forme di allineamento professionale e per integrare logisticamente i percorsi dei pazienti soprattutto cronici. In tale direzione vanno sia le esperienze internazionali dei CCG e dei *care groups* che quelle più di matrice italiana come le AFT, le UCCP e le Case della salute/comunità.

Un secondo tema ricorrente riguarda l'integrazione verticale con le cure specialistiche e le condizioni di integrazione con gli altri soggetti che erogano servizi sanitari (PS, cure specialistiche ecc.). Come è stato evidenziato dai casi internazionali, i GP impiegano sempre più spesso lo strumento negoziale e contrattuale anche per le forme di collaborazione con gli altri erogatori (pubblici o privati).

Inoltre, molte delle innovazioni illustrate hanno alle spalle le scelte nazionali sulla gestione della popolazione cronica. La complessità dell'aderenza terapeutica e di follow up del paziente cronico e la necessità di allineare più modelli di follow up per il paziente multimorbido hanno indotto a ripensare le forme di governo delle filiere e richiedono un dialogo sempre più cruciale tra MMG e specialisti (Barzan et al., 2019).

La transizione verso un nuovo modello per l'erogazione delle cure primarie, tuttavia, non può prescindere dal ripensamento dell'attuale modello organizzativo sanitario, del ruolo degli attori coinvolti e anche dei meccanismi di governo, monitoraggio e incentivazione del sistema. In primo luogo, è necessaria una nuova visione sanitaria, che superi il concetto ormai obsoleto dell'ospedale come fulcro centrale nella cura del paziente e che punti piuttosto a sviluppare una rete di servizi sanitari capillare e integrata su tutto il territorio, perlomeno per quel che concerne l'erogazione delle cure primarie, la prevenzione e le iniziative volte a favorire il coinvolgimento dei pazienti nella gestione delle proprie patologie. Per fare ciò è necessario, per esempio, rivedere il ruolo del MMG/GP, il quale «deve superare completamente la visione clinica tradizionale (formulare 'acutamente' diagnosi e prescrivere terapie) per diventare il conduttore clinico lungo la storia sanitaria del malato, avvalendosi del supporto degli interventi specialistici che nel tempo si rendono necessari» (Lonati e Scarcella, 2010). Per facilitare questa transizione di ruolo sarebbe auspicabile rivedere anche il ruolo del personale clinico, come per esempio gli infermieri, ai quali dovrebbero essere delegate le attività di natura clinica e amministrativa per le quali non sono necessarie competenze cliniche avanzate.

In secondo luogo, è necessaria una scelta istituzionale consapevole orientata alla piena valorizzazione del comparto delle cure primarie e del ruolo di coordinamento dei GP. In questo senso, l'analisi del modello olandese e del modello inglese assumono particolare rilievo: nell'esperienza olandese, per esempio, il GP ha saputo riorganizzare la propria presenza sul territorio attraverso la costituzione di forme strutturate di aggregazione che ne consolidano la leadership nell'ambito della rete, costituendo la premessa per una nuova articolazione della sanità territoriale, centrata sulla gestione dei processi di cura in ottica multidisciplinare e sul trasferimento di competenze e responsabilità oltre l'ospedale.

Un terzo elemento di particolare rilievo nelle esperienze internazionali è la sperimentazione di modelli innovativi di pagamento degli erogatori, non più a prestazione ma secondo modelli di rimborso *value based* (Porter e Lee, 2013), che incentivano il coordinamento e le performance. A questo si rifanno sia i modelli di pagamento di tipo *bundled* come nel caso olandese o le numerose innovazioni del modello inglese che mirano a incentivare le performance, in particolare attraverso l'erogazione di bonus in seguito all'erogazione di prestazioni sanitarie considerate ottimali.

In sintesi

I sistemi sanitari dei Paesi più avanzati si trovano attualmente in un momento di transizione, nel quale si vedono obbligati a esplorare nuovi paradigmi operativi per far fronte alle attuali sfide e avviare iniziative di analisi e sperimentazione per esplorare soluzioni innovative di offerta sanitaria. Al centro di molte innovazioni si pone il comparto delle cure primarie e, in particolare, il ruolo dei MMG. A partire dall'analisi di alcune sfide intrinseche della MG (quali l'invecchiamento della popolazione medica) a cui si associano le note sfide sia sul fronte della domanda (invecchiamento della popolazione, aumentata prevalenza delle condizioni croniche) che sul fronte dell'offerta (riconfigurazione degli assetti istituzionali delle aziende sanitarie locali), il contributo si pone l'obiettivo di analizzare alcuni modelli innovativi a livello internazionale per quel che concerne la MG, che potrebbero offrire spunti interessanti sia a livello nazionale che regionale. In particolare, l'analisi del modello olandese e inglese qui discusse assumono rilievo in virtù di una scelta istituzionale consapevole orientata alla piena valorizzazione del comparto delle cure primarie e del ruolo di coordinamento della MG. Il contributo ha evidenziato dibattiti antichi che hanno a che fare con il costante tentativo di costruire forme di collaborazione tra MMG; la multiprofessionalità territoriale e le forme di concentrazione dei servizi, ma anche innovazioni recenti che vanno verso la revisione dei modelli di pagamento degli erogatori e un nuovo ruolo di committenza dei servizi in capo alla MG. Sicuramente il terreno in cui si giocano tutte le innovazioni illustrate è quello della gestione della popolazione cronica e la necessità di allineare più percorsi di cura per i pazienti cronici e multimorbidi. Infatti, è soprattutto la polipatologia cronica che sfida i modelli organizzativi storici in un contesto in cui il dialogo tra MMG e specialisti e tra MMG e altri professionisti delle cure primarie diviene cruciale. La transizione verso un nuovo modello per

l'erogazione delle cure primarie non può prescindere dal ripensamento dell'attuale modello organizzativo sanitario, del ruolo degli attori coinvolti e anche dei meccanismi di governo, monitoraggio e incentivazione del sistema.

Ripasso

1. *La transizione verso un nuovo modello di erogazione delle cure primarie:*

- A. Può prescindere dal ripensamento dell'attuale modello organizzativo sanitario, del ruolo degli attori coinvolti e anche dei meccanismi di governo, monitoraggio e incentivazione del sistema
- B. Deve necessariamente prevedere un cambiamento nel ruolo degli attori coinvolti, mantenendo inalterati gli attuali meccanismi di governo del sistema
- C. Richiede una scelta istituzionale consapevole e un ripensamento del ruolo degli attori coinvolti, dell'attuale modello organizzativo sanitario e dei meccanismi di governo, monitoraggio e incentivazione del sistema
- D. Come testimoniato dall'esperienza olandese e inglese passa attraverso l'attribuzione ai MMG di un ruolo di committenza nella gestione dei servizi

2. *L'Olanda ha adottato un nuovo modello di pagamento dei care group, denominato bundled payment. Quale delle seguenti affermazioni è corretta:*

- A. I modelli *bundled* incentivano le spinte di integrazione tra gli interventi erogati dai diversi soggetti e incentivano l'uso appropriato dei servizi con riduzione dei costi e della duplicazione di servizi e interventi
- B. I modelli *bundled* non hanno alcun effetto sull'integrazione tra i diversi erogatori
- C. I modelli di finanziamento non modificano i comportamenti degli erogatori pertanto i modelli *bundled* non hanno un impatto sull'appropriatezza
- D. I modelli di finanziamento *bundled* identificano solo i costi principali associati ai servizi proponibili all'interno del percorso assistenziale

3. *La normativa italiana ha tracciato alcune principali traiettorie di lavoro e di sviluppo della medicina generale. Quale affermazione ritiene corretta nel confronto tra Italia e altri contesti internazionali:*

- A. Le principali traiettorie di sviluppo in Italia sono state definite a livello regionale mentre negli altri contesti internazionali c'è stata una chiara visione nazionale
- B. In Italia come negli altri due Paesi il MMG svolge una funzione di *gate keeping*, ma le attuali riforme vanno nella direzione di un rallentamento di tale ruolo

C. Sia in Italia che negli altri due Paesi, il cambiamento passa attraverso una revisione del modello contrattuale dei medici e attraverso la creazione di entità riconosciute della medicina generale

D. Le attuali riforme puntano a rafforzare il ruolo strategico del MMG, come *gatekeeper* del sistema ed elemento pivotale del sistema

Riferimenti bibliografici

Barzan E., Petracca F., Tozzi V.D., Zazzera A. (2019) «Regione, azienda sanitaria e medicina generale: relazione in trasformazione» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Egea. Milano.

Cappelli C. (2018) «Carenza medici di famiglia. Se le soluzioni facili sono sempre da vedere con sospetto», *Quotidiano Sanità*, http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=65160 (ultima consultazione 29/10/2021).

Cinelli G., Gugiatti A., Meda F., Petracca F. (2020) «La struttura e le attività del SSN» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2020*, Egea. Milano.

Lonati F., Scarcella C. (2010), «Governo clinico e cure primarie», Maggioli Editore.

National Institute for Public Health and the Environment (2010), «Dutch Health Care Performance Report 2010», Bilthoven.

NGH (2011), «Core values of general practice. Family medicine», https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/position_paper_core_values_of_general_practice_family_medicine_sept_2011_0.pdf.

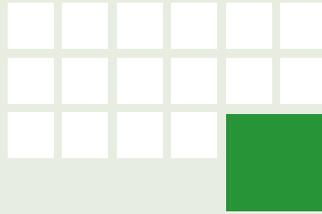
NHS England (2021), «Clinical commissioning group details», <https://www.england.nhs.uk/ccg-details/> (ultima consultazione 29/10/2021).

Porter M.E., Lee T.H. (2013), «The strategy that will fix health care», *Harvard Business Review*, 91(12).

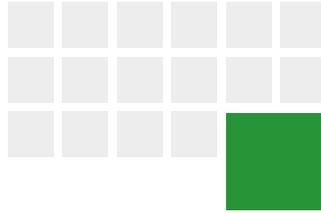
WHO (2018), «Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration», <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf> (ultima consultazione 29/10/2021).

Wijers N., Schoonhoven L., Giesen P. (2012), «The effectiveness of nurse practitioners working at GP cooperative: A study protocol», *BMC Family Practice*, vol. 75, n. 12.

Willcox S. et al. (2011), «Strengthening primary care: Recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands», *Issues in International Health Policy, The Commonwealth Fund*, 1564, vol. 27.



Organizzazione



10

La Gestione Operativa

Michele Torresani, Magda Giulia Santini, Elisabetta Mancini

10.1 Introduzione alla Gestione Operativa

L'inizio della storia dell'*operations management* (nel seguito anche Gestione Operativa) si può collocare nel XVIII secolo, più precisamente il primo testo a citarlo fu scritto da Adam Smith nel 1776 e intitolato *Specialization of labour in manufacturing*. Con il termine *operations management* si indica la progettazione, l'implementazione e il continuo miglioramento dello svolgimento dei processi che producono beni o servizi.

Il processo è un insieme organizzato di attività e decisioni finalizzato alla creazione di un output effettivamente domandato da un cliente, al quale questi attribuisce un «valore» ben definito. Lo studio e modellazione dei processi porta a migliorare la conoscenza sul proprio funzionamento, abilitando percorsi di miglioramento e di superamento dei limiti e delle criticità in essere. Applicando il modello della catena del valore di Michael Porter a una generica azienda sanitaria possiamo identificare le seguenti tipologie di processi:

- processi primari clinico-assistenziali (p. es. erogazione prestazioni ambulatoriali e di ricovero);
- processi sanitari di supporto (p. es. gestione del farmaco, diagnostica per immagini, diagnostica di laboratorio ecc.);
- processi amministrativi di supporto (p. es. servizio di prenotazione e accettazione, gestione risorse umane, gestione tecnologie sanitarie, ICT, ufficio tecnico ecc.).

Questa schematizzazione diventa utile a categorizzare la complessa rete di attività e relazioni interne/esterne all'azienda sanitaria e a spingere l'attenzione sul core business aziendale, cioè le attività che generano valore aggiunto e che sono di primaria importanza per

l'azienda. La cosiddetta mappatura dei processi costituisce un tassello fondamentale nel definire attività, ruoli, strumenti e meccanismi operativi necessari alla realizzazione dell'output richiesto dal «cliente». Questa visione risulta particolarmente efficace per massimizzare il valore generato per il paziente (il cliente finale), ma è anche utile per focalizzare i processi di supporto, dove una diversa unità organizzativa rappresenta il cliente. L'attenzione è quindi rivolta alla soddisfazione sia del cliente interno (p. es. il medico) che del cliente fruitore del servizio finale (il paziente). La creazione del valore si basa sull'analisi dei bisogni, sulla razionalizzazione delle attività e sul monitoraggio delle performance visibili e misurabili attraverso, per esempio, la riduzione dei tempi di attesa in sala d'aspetto, la riduzione dei tempi di cambio in sala operatoria, la semplificazione nelle procedure amministrative.

L'*operations management* rappresenta l'insieme di procedure, strumenti e competenze che presidiano il pieno funzionamento dei processi delle aziende sanitarie e in particolar modo la produzione ed erogazione di servizi sanitari. L'obiettivo della Gestione Operativa in Sanità è quindi sfruttare l'*operations management* per progettare e organizzare le attività in modo tale che la produzione delle prestazioni sanitarie (l'output) risulti:

- efficace, capace cioè di rispondere ai bisogni/attese dei pazienti massimizzando il valore generato dalle prestazioni erogate;
- efficiente, senza sprechi e con un impiego razionale delle risorse necessarie.

In questo senso la Gestione Operativa costituisce il punto di incontro di obiettivi condivisi con tutte le funzioni aziendali. La riprogettazione dei processi (chiamata anche reingegnerizzazione) si fonda su cinque principi cardine (Slack et al., 2007):

- l'efficacia e la qualità del proprio operato (*do things right*);
- la rapidità di azione e di risposta alle richieste (*do things fast*);
- la puntualità nel rispetto della programmazione e delle tempistiche definite (*do things on time*);
- la flessibilità e la capacità di adattamento ai cambiamenti (*be able to change what you do*);
- l'economicità, ossia la razionalità nell'uso delle risorse effettivamente necessarie (*do things «cheaply»*).

Come vedremo nel seguito non è immediato trovare il punto di equilibrio rispetto a tutti questi elementi a seconda di chi è lo stakeholder con cui ci si confronta per la riorganizzazione di un processo.

La progettazione dei percorsi dovrebbe quindi puntare a generare valore per il paziente, come obiettivo unico e condiviso da parte dell'intera organizzazione: il concetto di valore

si definisce come l'*outcome* di salute realizzato per risorse impiegate (Porter, 2010). Il valore per il paziente rappresenta il punto di convergenza degli interessi di tutti gli attori del sistema e dato che il valore dipende dai risultati, non dagli input, il valore in sanità si misura secondo gli *outcome* generati, non il volume di prestazioni erogate. L'approccio *Value-Based Health-Care* spinge pertanto alla misurazione dei processi e al loro miglioramento dando enfasi alla massimizzazione di *outcome* e alla razionalizzazione dei costi in una logica coerente basata sull'appropriatezza clinica (si vedano le linee guida europee in materia di *Value-Based Health Care*).

In una generica azienda sanitaria il ruolo di un *operations manager* si può riassumere con la responsabilità dell'allocazione delle risorse ai dipartimenti clinico-sanitari affinché un'intera azienda sia efficace ed efficiente. Lo scopo è determinare i metodi più efficienti e ottimali per sostenere la cura al paziente con focus su: flusso dell'attività, gestione di personale, della produttività, della supply chain e della logistica, gestione della qualità e ingegneria di processo.

Il concetto di *operations management* in sanità nasce a metà del diciannovesimo secolo come si può vedere nell'approfondimento di seguito proposto (Box 10.1).

10.1 – LA PRIMA OPERATIONS MANAGER IN SANITÀ

La prima volta che fu messo in pratica l'*operations management* in sanità risale al 1853, durante la guerra di Crimea. Gli ospedali militari inglesi si trovavano in condizioni disumane e allarmanti, tanto da scatenare una protesta tra i cittadini britannici. In risposta a questa protesta, Florence Nightingale fu incaricata di controllare e gestire l'introduzione degli infermieri negli ospedali militari per migliorarne le condizioni. Arrivata all'ospedale di Scutari, Turchia, trovò l'ambiente estremamente affollato e sporco. Anche i registri delle morti non erano aggiornati, in poco tempo mise in piedi un sistema di registrazione delle principali malattie e cause di morte dei militari all'interno dell'ospedale. Il tasso di mortalità nei primi 6 mesi per le scarse condizioni igieniche superava il 60%, maggiore di quello per il colera. Per migliorare la situazione, Nightingale fu la prima a raccogliere, tabulare, visualizzare graficamente e interpretare i dati per monitorare l'efficienza delle riforme che pian piano iniziò a introdurre, quello che oggi prende il nome di «evidence-based medicine». Per quantificare il problema del sovraffollamento confrontò la quantità di spazio per paziente negli ospedali di Londra, circa 1600 piedi quadrati, con lo spazio disponibile a Scutari, circa 400 piedi quadrati. L'infermiera sviluppò un modello di modulo statistico con lo scopo di rendere possibile la raccolta di dati sufficienti per l'analisi e la successiva comparazione. A febbraio 1855 il tasso di mortalità scese al 42% e a giugno dello stesso anno arrivò al 2,2% grazie ai cambiamenti introdotti. Nightingale, per presentare i dati di mortalità ed evidenziare in modo efficace i miglioramenti ottenuti grazie alle riforme introdotte, sviluppò una visualizzazione grafica innovativa: diagramma dell'area polare.

Dopo la guerra, Nightingale utilizzò i dati che aveva raccolto per dimostrare che il tasso di mortalità a Scutari, dopo le sue riforme, era significativamente inferiore rispetto ad altri

(continua)

ospedali militari britannici. Sebbene la gerarchia militare britannica fosse resistente ai suoi cambiamenti, i dati erano convincenti e portarono a riforme degli ospedali militari e all'istituzione della Royal Commission on the Health of the Army.

10.2 L'introduzione della Gestione Operativa nella sanità italiana

Fino agli anni Sessanta-Settanta il termine *operations management* non era ancora stato coniato e la sua applicazione era limitata alle industrie che producevano beni materiali, secondo logiche di standardizzazione della produzione e il raggiungimento di elevate economie di scala. A partire dal 1970, insieme con lo sviluppo del settore terziario, si diffonde l'idea che molte tecniche utilizzate nelle industrie manifatturiere potevano essere usate e adattate a diversi contesti produttivi.

A seguito del processo di aziendalizzazione del Sistema sanitario nazionale (a partire dal D.lgs. 502/1992, seguito dal D.lgs. 517/1993 e D.lgs. 229/1999) sono stati progressivamente introdotti meccanismi economico-gestionali, come il controllo di gestione, con successivi atti e regolamentazioni che ne hanno codificato in modo strutturato la funzione a livello nazionale. Viceversa, le logiche di *operations management* sono state implementate successivamente, in modo indipendente da ciascuna Regione e con tempistiche variabili e meno stringenti.

La Regione Lombardia, attraverso la delibera n. X/5513 del 2 agosto 2016, ha istituito le Agenzie di Tutela della Salute, le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e soprattutto le indicazioni per l'inserimento della Gestione Operativa nel POAS, lasciando a ciascuna Direzione aziendale la modalità di introduzione al fine di contestualizzarla nelle singole realtà.

Nel 2018 la Regione Toscana, con la delibera n. 4776 del 2 maggio, ha introdotto la funzione Gestione Operativa intesa come funzione di sostegno alla Direzione per la programmazione e la gestione dei tempi d'attesa. All'interno della delibera, inoltre, sono stati delineati in modo puntuale gli ambiti di responsabilità e di azione della Gestione Operativa all'interno delle aziende sanitarie pubbliche della Regione, attuando in seguito anche un importante programma di formazione dedicato.

La Gestione Operativa riveste un ruolo strategico e trasversale ai processi aziendali ed è pertanto naturale che a livello organizzativo si collochi a livello direzionale, in stretta connessione con la Direzione strategica. Le diverse modalità con cui le varie aziende configurano la Gestione Operativa sono riassumibili in tre tipologie:

- funzione di staff;
- unità operativa semplice o complessa di staff;
- Direzione operativa.

Le tre diverse tipologie di inquadramento organizzativo della Gestione Operativa hanno un diverso grado di pervasività all'interno dell'organizzazione sanitaria, coerentemente con le risorse assegnate e con i meccanismi organizzativi che vengono definiti in sede di Direzione strategica. Nella tabella di seguito le stesse tipologie sono affiancate al ruolo ricoperto nella gestione dei processi e al conseguente graduale incremento del livello di responsabilità attribuito alla Gestione Operativa.

TIPOLOGIA	RUOLO E RESPONSABILITÀ
FUNZIONE	Funzione a supporto dei progetti di riorganizzazione che si focalizza sull'analisi dei processi, sulla misurazione delle performance e sulla gestione di progetti di cambiamento/ottimizzazione.
UNITÀ OPERATIVA	Unità operativa dotata di sufficiente organico per essere parte attiva dei processi operativi dell'azienda, condividendo quindi le responsabilità dal punto di vista decisionale/gestionale con le altre unità organizzative aziendali.
DIREZIONE OPERATIVA	La gestione delle risorse e degli asset produttivi (sale operatorie, posti letto ecc.) è pressoché esclusivamente sotto la responsabilità della Gestione Operativa che ne attribuisce l'allocazione secondo una pianificazione condivisa con il governo clinico dell'area sanitaria e in linea con le altre Direzioni del livello strategico.

Tabella 10.1 – Ruoli e responsabilità della Gestione Operativa.

Fonte: elaborazione degli autori.

10.3 Esempi di applicazione della Gestione Operativa in ospedale

Negli ultimi anni il ruolo della Gestione Operativa si è diffuso nelle aziende sanitarie anche in ragione della crescente complessità del sistema e della necessità sempre più insistente di rivedere i modelli organizzativi puntando su organizzazioni snelle e «orizzontali» che favoriscano la qualità del percorso di cura del paziente (efficacia) e l'ottimizzazione delle risorse (efficienza).

Qui di seguito si riportano i più frequenti ambiti in cui la Gestione Operativa trova applicazione in un generico ospedale:

- percorso peri-operatorio: questo forse rappresenta il percorso di cura in cui più di frequente viene inserita la Gestione Operativa con l'obiettivo di ottimizzare le diverse fasi che compongono questo percorso. Le forti inter-dipendenze tra i processi coinvolti richiedono una visione sistemica del percorso: gestione della presa in carico, gestione liste d'attesa, prericovero, *bed management*, pianificazione sedute operatorie, programmazione settimanale/giornaliera degli interventi, gestione dei servizi di supporto (terapia Intensiva, servizi diagnostici ecc.);
- percorso ambulatoriale: vi fanno capo processi finalizzati all'erogazione di prestazioni ambulatoriali appartenenti ai vari percorsi di cura (PDTA) che si realizzano nei diversi

setting assistenziali (*inpatient-outpatient*) e che sono accomunati dalla necessità di massimizzare l'efficienza (numero di prestazioni erogate per slot), di garantire la puntualità (tempo di attesa per la prestazione e attese in ospedale) e mantenere alta la qualità delle prestazioni erogate (fortemente influenzata dalla dotazione tecnologica disponibile, dall'esperienza e dalle capacità dei professionisti sanitari);

- percorso di ricovero: in questo ambito è frequente trovare la Gestione Operativa impegnata nella funzione di *bed management* con l'obiettivo di ottimizzare la risorsa posto letto nei vari dipartimenti clinici. Questa impostazione organizzativa trova collocazione favorevole in organizzazioni basate su modelli per intensità di cura dove il posto letto non è «proprietà» dell'unità operativa clinica, ma è un asset aziendale condiviso e assegnato sulla base di regole e criteri che accompagnano la clinical governance e l'efficienza produttiva. Prima ancora di un ruolo operativo (*bed management*) è opportuno che la Gestione Operativa supporti la Direzione strategica nell'analisi e definizione del migliore modello organizzativo necessario per rispondere ai bisogni dei pazienti assistiti;
- cruscotto indicatori di performance: la Gestione Operativa fornisce una visione dei processi caratterizzata da indicatori di performance che consentono al management strategico e di unità operativa di monitorare l'andamento dei processi produttivi. Gli indicatori tipici della Gestione Operativa (p. es. indici di saturazione delle risorse, tempi di processo) contribuiscono a integrare il reporting tradizionale maggiormente incentrato sui dati di produzione (numero di prestazioni, valorizzazione, consumo di farmaci e dispositivi). La Gestione Operativa può quindi contribuire a costruire un cruscotto direzionale integrato e trasversale, utile alla clinical governance e alla valutazione di opportunità di miglioramento;
- supporto all'introduzione di processi strategici: la pandemia da Covid-19 ha stravolto il nostro sistema sanitario e ha introdotto modelli operativi che verosimilmente resteranno validi anche negli anni a venire. Si pensi per esempio alla fortissima spinta che l'impiego della telemedicina ha avuto come canale parallelo di offerta ambulatoriale e che ha consentito in questi mesi di assicurare la continuità di cura dei pazienti. Un'ulteriore ambito in cui la Gestione Operativa ha dimostrato la propria valenza come leva strategica è stata la campagna nazionale di vaccinazione anti-Covid-19: in un lasso di tempo brevissimo è stato necessario progettare complesse organizzazioni come i centri vaccinali intra-ospedalieri, anche attraverso il coinvolgimento e l'integrazione di diverse funzioni aziendali (per esempio l'ICT, la farmacia, l'ufficio tecnico, il personale medico, infermieristico, tecnico e di supporto).

In sintesi, quindi la Gestione Operativa consente di implementare un sistema di governo dei processi sanitari in modo trasversale alle unità operative basandosi sull'utilizzo di dati e indi-

catori di performance finalizzati a perseguire il miglioramento continuo di processi. L'efficacia dell'azione della Gestione Operativa si traduce nella capacità di realizzare una visione d'insieme dei processi, che altrimenti potrebbero risultare frammentati o non pienamente correlati tra loro.

10.4 Fattori di successo della Gestione Operativa

L'implementazione della Gestione Operativa all'interno di un'azienda sanitaria richiede una serie di condizioni favorevoli che risultano necessarie affinché si riesca a ottenere un reale impatto positivo sui processi. Tanto più questi elementi sono deboli o incostanti e maggiori saranno le difficoltà incontrate nel raggiungere i risultati prefissati che la Gestione Operativa può portare sia come filosofia di management, che come entità organizzativa aziendale.

Gli elementi descritti nel seguito caratterizzano l'implementazione di qualsiasi progetto strategico o attività di routine riconducibile alla funzione di Gestione Operativa. Questo non vuol essere un elenco esaustivo, ma piuttosto uno spunto di riflessione basato sull'esperienza maturata e dal confronto con i colleghi coinvolti.

Rapporto con la Direzione strategica

Dato che la Gestione Operativa è impegnata nell'ottimizzazione dei processi produttivi e degli asset strategici (basti pensare alle sale operatorie) è naturale prevedere un costante raccordo tra la Gestione Operativa e la Direzione strategica aziendale. Sono opportuni costanti e frequenti incontri di coordinamento al fine di mantenere il raccordo con i tavoli di programmazione e di lavoro operativo.

Al fine di mantenere allineati gli obiettivi e le strategie aziendali con la produzione di prestazioni sanitarie risultano quindi fondamentali le relazioni di fiducia, di confronto e di condivisione circa le modalità con cui raggiungere i risultati attesi.

Rapporti con i Dipartimenti Clinico-Sanitari

In linea di principio la funzione di Gestione Operativa è complementare al governo clinico dei percorsi di assistenza e cura. Ne consegue che sia necessario un dialogo costante con i professionisti dell'area clinico-sanitaria al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse secondo logiche di appropriatezza clinica (per esempio nell'allocazione di sedute operatorie, tener conto di liste d'attesa e criteri di priorità per gravità dei pazienti).

Il confronto con i referenti clinici individuati è vitale anche al fine di favorire una responsabilizzazione diffusa nella gestione dei processi e nel rendere più efficace la risoluzione di problemi operativi che dovessero verificarsi, per esempio nella gestione della programmazione settimanale/quotidiana delle sale operatorie.

Rapporti con le altre funzioni di staff

I processi trasversali in cui la Gestione Operativa è tipicamente coinvolta (p. es. il percorso ambulatoriale) vedono il coinvolgimento di numerose funzioni/direzioni di staff con ruoli e responsabilità differenti. Ciò costituisce spesso un elemento di complessità nell'affrontare progetti di cambiamento.

La revisione dei percorsi (p. es. implementazione della telemedicina) comporta, infatti, una profonda rivisitazione dei processi e delle prassi operative: ogni cambiamento costa fatica, va accompagnato e consolidato.

La Gestione Operativa, nel guidare i processi di cambiamento, deve essere pienamente supportata dalle Direzioni strategiche coinvolte affinché ogni parte dell'organizzazione partecipi attivamente e non rifugga le proprie responsabilità.

Skills della Gestione Operativa

I professionisti che lavorano in Gestione Operativa, oltre a essere competenti di *operations management*, dovrebbero possedere skills organizzative e relazionali tra cui: capacità analitiche, capacità di pianificazione, senso di appartenenza, capacità comunicative e relazionali con professionisti provenienti da diversi campi di attività e capacità di adattamento ai cambiamenti. A ciò si aggiunge chiaramente la necessità di conoscere l'ambito sanitario e del processo che si analizza al fine di comprenderne al meglio le dinamiche, i vincoli e le potenzialità di sviluppo.

Strutturazione della Gestione Operativa

Come visto in precedenza non c'è un'unica modalità con cui la Gestione Operativa viene inserita nell'organizzazione (funzione/struttura) e questo trova motivazione in diversi fattori legati al singolo contesto aziendale: visione della Direzione strategica, dimensioni e complessità aziendale, presenza in organico di personale con le necessarie competenze e capacità.

La formalizzazione della Gestione Operativa a livello organizzativo e la conseguente idonea dotazione di personale sono condizioni necessarie a raggiungere una piena pervasività nella gestione dei processi, con la conseguente possibilità di governo degli asset produttivi.

La qualità delle persone dedicate e l'integrazione tra profili professionali differenti (ingegneri gestionali, medici, infermieri, healthcare managers) contribuiscono a garantire la necessaria flessibilità ed efficacia della Gestione Operativa nella gestione di progetti strategici di revisione dei percorsi di cura.

Competenze diffuse di *operations management*

Può sembrare scontato e inutile sottolineare questo aspetto, ma la formazione sulle tecniche di *operations management* e sugli strumenti di lavoro necessari alla Gestione Operativa

è fondamento su cui investire con continuità. La formazione va rivolta non solamente ai professionisti che operano all'interno della Gestione Operativa, ma anche ai professionisti sanitari e tecnico-amministrativi degli altri Dipartimenti/Direzioni. Questa sensibilità diffusa agli strumenti e ai principi delle *operations*, ovvero la misurazione e ottimizzazione dei processi, contribuisce a individuare soluzioni efficaci e a realizzare cambiamenti duraturi nel tempo.

Al fine di rendere concreti i concetti sopraesposti, di seguito vengono proposti tre approfondimenti che riguardano altrettanti progetti realizzati in Istituto. Due di questi progetti hanno riguardato la rivisitazione e reingegnerizzazione di attività core dell'Istituto quali il percorso dei pazienti che effettuano terapie oncologiche ambulatoriali (Box 10.2) e, più in generale, il percorso del paziente ambulatoriale all'interno della Fondazione (Box 10.3).

10.2 – PROGETTO AGENDE: PROGRAMMAZIONE INTEGRATA DELLE TERAPIE ONCOLOGICHE AMBULATORIALI

CONTESTO	<p>Il progetto Agende nasce per migliorare l'organizzazione del percorso di terapia ambulatoriale per pazienti onco-ematologici presi in cura presso l'Ambulatorio/Day Hospital dell'Istituto Nazionale dei Tumori.</p> <p>L'Ambulatorio di terapie oncologiche è una realtà complessa che richiede di organizzare in modo integrato le risorse (slot ambulatoriali, slot di terapia, medici e infermieri, slot di allestimento farmaci) al fine di trattare il paziente nei tempi e nelle modalità corrette e in sicurezza. La somministrazione ambulatoriale è in prevalenza per via endovenosa e, a seconda dei protocolli, può durare fino a 8 ore. Ogni giorno circa 100 pazienti vengono trattati in Istituto secondo due modelli organizzativi integrati: il percorso breve, dove tutto il percorso si svolge nella medesima giornata, e il percorso differito, in cui la terapia viene erogata il giorno successivo la visita specialistica.</p>
OBIETTIVI	<p>Il gruppo di lavoro ha analizzato l'intero processo, dal prelievo ematico, sino al termine della somministrazione. Il confronto con altre strutture sanitarie similari ha consentito di individuare le buone pratiche da adottare (planning formalizzato, slot di 15 minuti) e alcuni errori da evitare (prescrizioni cartacee, necessità di strumenti informatici performanti e adeguati alle esigenze operative). Questa fase ha consentito di analizzare le criticità interne, delineare le azioni da intraprendere e progettare il nuovo sistema coerentemente con il modello organizzativo dell'Istituto.</p> <p>Il nuovo sistema di programmazione consente di migliorare il percorso in alcuni punti chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - migliorare la capacità di saturazione delle risorse ambulatoriali di terapia; - garantire i ricicli per i pazienti presi in cura; - aiutare i gruppi di patologia a tenere monitorato il numero di pazienti presi in cura e il grado di disponibilità degli spazi di terapia; - ridurre i passaggi operativi interni e semplificare la procedura di prenotazione appuntamenti per il paziente; - migliorare l'organizzazione della farmacia grazie a una programmazione anticipata; - facilitare gli ambulatori nella gestione del planning giornaliero e nella gestione degli annulli/forzature estemporanee.
METODOLOGIA	<p>È stato analizzato l'intero percorso di assistenza clinica che vede coinvolto il paziente e i vari professionisti sanitari. È stato necessario svolgere un'analisi dei consumi storici e una previsione di sviluppo dei consumi all'interno del Day Hospital ematologico per individuare e ottimizzare la gestione delle risorse critiche (rappresentate da posti letto e poltrone dove vengono erogate le terapie) e ridurre eventuali colli di bottiglia; governando al meglio i tempi di occupazione delle postazioni e in cascata le diverse attività collegate. Per ottimizzare le risorse impiegate si è cercato di agire sulla pianificazione degli appuntamenti di visita e di</p>

(continua)

METODOLOGIA	<p>terapia agendo sulla standardizzazione degli slot temporali definendo delle agende coerenti con il percorso del paziente; a supporto di tali agende è stata utilizzata una piattaforma informatica che consente di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programmare i cicli di terapia con schemi di terapia digitali; - pianificare automaticamente le sedute di terapia e le visite di controllo; - avere un planner automatico con agende e report per ottimizzare l'occupazione delle risorse in base alla reale disponibilità. <p>Dall'analisi dei dati e dal confronto periodico effettuato dal gruppo di lavoro in collaborazione con i medici prescrittori sono emerse alcune criticità del sistema di programmazione. La logica dell'algoritmo di ricerca disponibilità nelle agende è stata quindi rivista secondo una logica verticale, rispetto a quella orizzontale impostata in origine. Queste criticità sono direttamente connesse allo scarso miglioramento nel tasso di occupazione, che dovrebbe aumentare con la nuova logica di ricerca.</p> <p>Il progetto ha evidenziato l'importanza di sviluppare l'organizzazione mediante figure intermedie volte all'analisi dei processi e alla progettazione di soluzioni trasversali che sono proprie della Gestione Operativa. Gli strumenti di lean management che sono stati applicati nel disegno del cambiamento e nella misurazione degli indicatori di performance sono risultati fondamentali per condividere problemi, soluzioni e risultati. L'approccio sperimentale e di graduale diffusione è indicato per questo tipo di progetti, in quanto le persone che compongono l'organizzazione hanno bisogno di tempo per acquisire consapevolezza e procedere in una logica di miglioramento continuo.</p>
SOGGETTI COINVOLTI	<p>La direzione sanitaria ha incaricato la Gestione Operativa di affiancare le strutture cliniche, l'ambulatorio di terapie oncologiche, la farmacia e l'ICT, con il compito di riorganizzare e migliorare il processo.</p>

10.3 – REVISIONE DEL PERCORSO AMBULATORIALE

CONTESTO	<p>Regione Lombardia con delibera n. XI/4200 del 18 gennaio 2021 ha spinto gli enti pubblici e privati accreditati del territorio ad aderire al «sovraCUP regionale GP+++», pena la mancata remunerazione di ogni prestazione prenotata al di fuori di tale sistema.</p> <p>La Direzione strategica dell'IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, tenuto conto delle peculiarità del centro mono-specialistico a indirizzo oncologico, ha quindi attivato un progetto di revisione complessiva del percorso ambulatoriale sotto il coordinamento della Gestione Operativa.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Indicazione delle prestazioni ambulatoriali erogate al fine di valutare la prenotabilità delle stesse tramite call center; - mappatura del percorso ambulatoriale: processi, ruoli, responsabilità, criticità; - revisione qualitativa dei processi operativi nelle varie fasi del percorso: sviluppo dell'offerta, prenotazione, accettazione/fatturazione, rendicontazione flussi, monitoraggio, reporting con indicatori di performance.
METODOLOGIA	<p>La Gestione Operativa ha condiviso con il Gruppo di Lavoro uno schema di mappatura delle diverse fasi del percorso ambulatoriale suddiviso per attività e ruoli (richiede, autorizza, owner, coinvolto, informato). Durante gli incontri del tavolo di lavoro si è discusso fase per fase il ruolo indicato precedentemente all'interno dello schema, facendo emergere le criticità o le attività descritte in modo poco chiaro.</p> <p>Al fine di evidenziare le modalità organizzative adottate per la gestione del percorso ambulatoriale è stata poi effettuata una ricognizione puntuale delle agende e delle prestazioni erogate in stretta collaborazione con ciascuna unità operativa dell'Istituto. La mappatura ha</p>

(continua)

METODOLOGIA	<p>consentito di definire quali prestazioni siano prenotabili anche attraverso il call center regionale, senza andare a impattare negativamente sui percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti.</p> <p>All'interno del gruppo di lavoro vengono condivise le criticità che emergono durante la revisione delle varie fasi del percorso ambulatoriale, sottoponendo alla Direzione strategica le possibili soluzioni.</p> <p>Nel percorso ambulatoriale la Gestione Operativa ha voluto dare rilevanza al progetto di telemedicina con l'obiettivo di facilitare l'erogazione delle visite ambulatoriali ai pazienti fuori Regione o che risultano particolarmente fragili per recarsi in ospedale per dei controlli. Il confronto con i clinici delle diverse divisioni ha consentito di avviare una graduale formalizzazione e definizione delle tipologie di prestazioni erogabili a distanza.</p> <p>È stata poi pubblicata una survey rivolta sia ai pazienti sia ai loro caregiver per valutare l'interesse a svolgere le visite, dove possibile, in telemedicina. Il questionario è stato poi analizzato avendo ottenuto 200 risposte nell'arco di qualche mese al fine di trarne qualche conclusione utile (il 7% degli intervistati aveva già avuto esperienze positive di visita a distanza, mentre il 19% non è interessato alla tele-visita).</p>
SOGGETTI COINVOLTI	<p>La Direzione strategica ha incaricato la Gestione Operativa di coordinare un apposito gruppo di lavoro al quale partecipano direzione medica di presidio, CUP, risorse economico finanziarie e libera professione, ICT, servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale, qualità-formazione-privacy e controllo di gestione.</p>

Il Box 10.4 descrive come la Gestione Operativa sia stata coinvolta nel rispondere all'esigenza di organizzare, in tempi brevi, una nuova modalità di presa in carico in risposta alla pandemia Covid-19. In estrema sintesi si è trattato di definire e gestire nuovi percorsi di presa in carico secondo un modello *hub and spoke* finalizzato a garantire la continuità dell'assistenza dei pazienti affetti da patologie che richiedevano cure improcrastinabili.

10.4 – CHIRURGIA HUB COVID-19

CONTESTO	<p>La pandemia Covid-19 ha comportato la tempestiva e radicale riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera che in Regione Lombardia ha visto l'attivazione di un modello hub and spoke finalizzato a garantire la continuità operativa delle reti tempo-dipendenti e l'assistenza dei pazienti affetti da patologie che richiedevano cure improcrastinabili.</p> <p>L'IRCCS Istituto Nazionale Tumori è stato identificato tra gli HUB oncologici di riferimento al quale gli altri centri della rete regionale potevano indirizzare la richiesta di presa in carico di pazienti chirurgici ad alta priorità con prestazione da eseguire entro 30 giorni secondo criteri di priorità condivisi dai dipartimenti oncologici regionali.</p>
OBIETTIVI	<p>Garantire una gestione trasparente, equa, efficiente ed efficace dei pazienti riferiti dai centri invianti per il trattamento della patologia oncologica.</p> <p>L'obiettivo è stato quindi declinato con il supporto della Gestione Operativa nella necessità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizzare un percorso di segnalazione certo dei pazienti da parte dei centri invianti; - individuare risorse aggiuntive (strutturali e personale) per garantire le prestazioni aggiuntive; - implementare un sistema di tracciabilità dei pazienti al fine di monitorare con certezza l'iter di ogni paziente segnalato e preso in carico; - costruire un sistema di reporting per i centri invianti.

(continua)

METODOLOGIA	<p>Il percorso di segnalazione e presa in carico dei pazienti è stato quindi progettato e formalizzato attraverso la stipula di una convenzione dedicata con i centri spoke, anche regolamentando la compartecipazione all'intervento di équipes chirurgiche esterne.</p> <p>La necessaria riorganizzazione delle risorse di sala operatoria ha visto la conversione di sedute per attività procrastinabili in favore di sedute operatorie dedicate a pazienti riferiti da altri centri. Il quadro di assegnazione degli spazi di sala operatoria è stato quindi riorganizzato mantenendo una quota a parte di sedute destinate ai pazienti già in nota presso l'Istituto, in seguito alla revisione delle liste d'attesa secondo i criteri regionali.</p> <p>La Gestione Operativa, dovendo monitorare il percorso dei pazienti HUB, ha implementato con il supporto della direzione scientifica un sistema web-based come registro informatizzato dei pazienti presi in carico. Il sistema RedCap, che solitamente viene impiegato per raccolte dati multicentriche, ha permesso il puntuale monitoraggio del percorso di cura di ogni paziente segnalato dai centri invianti.</p> <p>Il registro RedCap ha favorito il costante raccordo interno con i reparti di chirurgia, il prericovero e il blocco operatorio. Allo stesso modo, la reportistica automaticamente disponibile ha permesso di restituire periodici feedback alle direzioni sanitarie dei centri invianti. Basti pensare che nella sola seconda fase della pandemia (novembre 2020 – maggio 2021) sono state gestite 582 richieste e 308 pazienti sono stati trattati in Istituto.</p>
SOGGETTI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione Operativa; - referenti clinici dei reparti, del prericovero e del blocco operatorio; - direzione sanitaria, direzione amministrativa e relativi staff; - direzione scientifica.

In sintesi

Questo breve saggio si rivolge a chi approccia per la prima volta la Gestione Operativa con l'intento di far comprendere alcuni dei riferimenti storici e di contesto maggiormente significativi per la nascita di tale funzione nel panorama sanitario. Dal momento che il sistema sanitario italiano è federale, con ampia autonomia organizzativa e programmatoria (si veda la riforma del Titolo V della Costituzione), a partire da circa cinque anni a questa parte diverse Regioni hanno valutato le modalità con cui introdurre la Gestione Operativa; ne consegue pertanto che la situazione nazionale sia a macchia di leopardo.

Alcuni punti fermi possiamo chiarirli partendo dagli obiettivi per cui nasce la Gestione Operativa. Essa costituisce la funzione aziendale che concentra ed esprime le logiche dell'*operations management*, ossia l'insieme di procedure, strumenti e competenze che presidiano il pieno funzionamento dei processi delle aziende sanitarie e in particolar modo la produzione ed erogazione di servizi sanitari. Tale obiettivo si declina nella ricerca della massimizzazione del grado di efficacia ed efficienza dei processi produttivi e delle risorse/asset che vengono impiegati.

In ambito sanitario è piuttosto evidente che la Gestione Operativa trova numerosi ambiti di applicazione e i maggiormente frequenti sono riconducibili al percorso chirurgico, al percorso ambulatoriale, all'ottimizzazione dei processi logistici aziendali (p. es. farmaco, dispositivi), al *bed management*, al monitoraggio dei processi e degli asset produttivi mediante indicatori di performance.

La Gestione Operativa è per definizione una funzione strategica che supporta la Direzione grazie a una visione per processi trasversale all'organizzazione. Questa caratteristica è stata ampiamente enfatizzata durante la pandemia da Covid-19, come dimostrano i numerosi esempi di trasformazioni aziendali (riorganizzazione reparti Covid) o di nuovi processi strategici (si pensi alla campagna vaccinale con la progettazione e ottimizzazione dei centri vaccinali).

Dare per scontato che la Gestione Operativa in quanto tale sia in grado di essere realmente d'impatto all'interno dell'organizzazione aziendale rappresenta un grave errore. Al di là delle competenze e delle capacità individuali degli *operations manager*, esistono elementi di contesto che influenzano fortemente l'efficacia del loro operato, a partire dalla visione della Direzione strategica e dal supporto che essa intende fornire nello sviluppo di tale funzione e nell'implementazione di trasformazioni organizzative. Non solo, è di sicuro fondamentale la qualità dei rapporti con le altre funzioni di staff e con le unità organizzative di area clinico-sanitaria. Con queste ultime vi è inoltre una base di fiducia e di credibilità che va costruita nel tempo, grazie anche al raggiungimento progressivo di risultati concreti. È quindi su tutte queste premesse che è possibile realizzare progetti strategici, viceversa le barriere al cambiamento risulteranno intense e talvolta difficilmente superabili.

Ripasso

1. Tra gli ambiti di applicazione della Gestione Operativa si trova:

- A. Valutazione clinica del paziente
- B. Valutazione delle risorse impiegate per la cura del paziente
- C. Presa in carico del paziente cronico

2. Il principale ruolo della Gestione Operativa all'interno di un ospedale è:

- A. Implementare un sistema di governo dei processi sanitari basato sull'utilizzo di dati e indicatori di performance finalizzati a perseguire il miglioramento continuo di processi
- B. Controllare che il clinico esegua correttamente la diagnosi sul paziente e la conseguente terapia
- C. Organizzare corsi di formazione per lo staff al fine di assicurare l'acquisizione di competenze necessarie

3. Cosa si intende per *operations management* in sanità?

- A. L'*operations management* svolge analisi economiche sul grado di equità distributiva nel sistema di allocazione delle risorse tra popolazioni e ambiti territoriali, sul

rapporto tra livelli di finanziamento regionali e costi di produzione per livelli assistenziali

B. L'*operations management* svolge funzioni di sostegno per gli adempimenti e di accentramento di tutte le problematiche che possono scaturire dal contemperamento della normativa sulla privacy con le altre normative vigenti

C. L'*operations management* rappresenta l'insieme di procedure, strumenti e competenze che presidiano il pieno funzionamento dei processi delle aziende sanitarie

Riferimenti bibliografici

CERGAS-SDA Bocconi (2017), *Rapporto OASI 2017. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Egea, Milano.

CERGAS-SDA Bocconi (2018), *Rapporto OASI 2018. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Egea, Milano.

Katz G. (2020), «Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for pioneers», *EIT Health*.

Marsilio M., Rosa (2020), *Lean e Value Based management. Modelli e strumenti per la creazione di valore nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano.

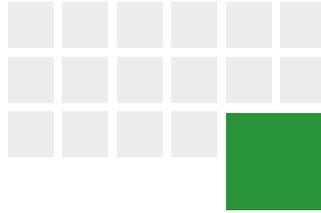
McLaughlin D., Hays J. (2008), *Healthcare operations management*, Health Administration Press.

Porter M. (2010), «What is value in Health Care?», *The New England Journal of Medicine*, vol. 363, 26.

Porter M. (2016), «From volume to value in Health Care: The work begins», *JAMA journal*, vol. 316, n. 10.

Slack N., Johnston R., Chambers S. (2007), *Operations Management*, Prentice Hall/Financial Times.

Torresani M., Scorza A., Mancini E., Galassi M., Facchinetti C., Ferrari L. (2021), «Lean management all'interno dell'ambulatorio di terapie onco-ematologiche», in Bacci A., Nardiello A. (a cura di), *Lean Healthcare Management: Casi ed esperienze per una sanità che si organizza*, Knovità.



11

I sistemi informativi aziendali

Cristiano Marchetti

11.1 Nascita ed evoluzione dei sistemi informativi aziendali

Per sistema informativo aziendale si intende un insieme di elementi che determinano la struttura e il contenuto del patrimonio informativo di un'impresa. Non va confuso con il sistema informatico che, del sistema informativo, può essere – ma non necessariamente – un valido supporto elettromeccanico.

Va precisato che un sistema informativo aziendale ha essenzialmente finalità gestionali ovvero è progettato, costruito e mantenuto per fornire all'azienda una maggiore capacità competitiva. Viene quindi a configurarsi come uno strumento manageriale e per tale motivo risente dello stile manageriale adottato da un'azienda in un certo periodo. Per questo motivo i sistemi sono diversi e sono diversamente sviluppati.

Indipendentemente dagli esiti finali i sistemi hanno nella loro formazione alcune caratteristiche comuni. Si tratta di un ciclo che potremmo definire di apprendimento:

- si raccolgono dei dati;
- si archiviano i dati raccolti;
- si elaborano i dati, trasformandoli in informazioni;
- si distribuiscono le informazioni a chi le dovrà usare (l'ideale sarebbe nel momento e nel luogo necessario);
- si compiono delle azioni conseguenti (scelte manageriali);
- si raccolgono i nuovi dati conseguenti alle scelte.

Dalla numerosità e dalla frequenza di questi cicli di apprendimento nasce una cultura aziendale in cui l'uso dei dati spesso è legato a doppio filo con la sopravvivenza stessa dell'azienda e dei suoi manager. Alla base del sistema sta ovviamente la disponibilità e lo scambio di informazioni. Per rendere possibile (semplice e veloce) questo scambio di dati e di informazioni le aziende si sono nel tempo dotate di:

- procedure (dalla raccolta dei dati alla trasformazione in informazioni);
- persone che applicano tali procedure;
- strumenti (per il trattamento, trasferimento, archiviazione di dati e informazioni).

Non guasterebbe se all'interno dell'azienda su questo particolare tema, oltre a strutture e persone, si potessero generare anche principi generali e valori. Pur essendo un elemento difficile da misurare e pur essendo difficile dimostrarne la rilevanza va detto che la differenza è percepibile.

La storia dei sistemi informativi aziendali viene solitamente divisa in tre distinte fasi che descrivono la meccanizzazione e l'informatizzazione di questi processi.

11.1.1 Prima fase (anni Sessanta)

Nella prima fase (seconda metà degli anni Sessanta) le aziende passano da una gestione su registri a una gestione automatizzata delle informazioni. I sistemi informativi sono stati costruiti per la raccolta elettronica dei dati relativi a singoli eventi. I computer erano utilizzati principalmente per la gestione amministrativa e classificazione dei dati, preparazione di riepiloghi e reportistica. Lo scopo era quello di sostituire le procedure manuali ripetitive per semplificarne e velocizzarne le operazioni.



Figura 11.1 – Elaboratore IBM 1401 con gestione delle memorie a nastro (1959).

Fonte: IBM Archives.

Questo tipo di struttura è solitamente identificato come EDP (Electronic Data Processing) ovvero un sistema automatizzato e strutturato di caricamento in una base dati di informazioni relative a singoli eventi aziendali.

Gli operatori caricano informazioni grazie anche alle facilitazioni rese disponibili dal sistema che fornisce un supporto importante nella velocizzazione delle operazioni di registrazione.

Il sistema fornisce agli operatori diverse forme di supporto:

- supporto nella scrittura;
- elementi informativi di sistema (data, ora, elenchi ecc.);
- calcoli;
- codifiche.

Il sistema archivia quindi le informazioni in un deposito dati che è poi accessibile per controlli ed elaborazioni. A seguito delle elaborazioni possono essere stampati e diffusi dei report standard in cui sono sintetizzate le informazioni archiviate.

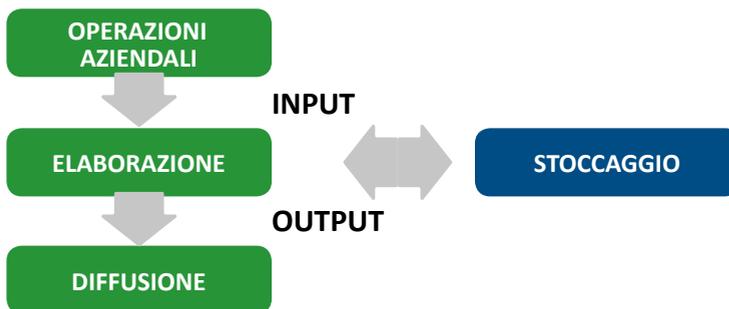


Figura 11.2 – Schema di gestione delle informazioni in un EDP tradizionale.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Gli esempi di EDP riportati appartengono alla gestione delle aree operative alla base della piramide dell'organizzazione:

- contabilità di magazzino;
- vendite;
- prenotazioni CUP;
- accettazione / pagamento ticket;
- registro di sala operatoria;
- timbratura delle ore del personale.

Caratteristiche del sistema

Il sistema prevede solitamente un elaboratore centrale mainframe (con funzioni di archiviazione, elaborazione retrieval e calcolo) cui sono collegate delle stazioni di lavoro periferiche workstation.

Un sistema di questo tipo è in grado di trattare informazioni basilari, molto semplici e ripetitive. Oggi porta molto beneficio (riduzione del lavoro umano) con costo relativamente basso (strutture gerarchiche standardizzate).

11.1.2 Seconda fase (anni Settanta-Ottanta)

La seconda fase coincide con l'introduzione dei «mainframe computer» o «sistemi centrali», dove si concentrano dati e informazioni. Essendo nelle aziende ormai appresa e consolidata una modalità di utilizzo dei dati, tale modalità è stata tradotta in software di gestione delle informazioni che sono in grado, mediante algoritmi, di replicare alcuni processi semplici di misurazione e decisione.

Vengono quindi introdotti nelle aziende dei sistemi MIS (Management Information System) utilizzabili per il controllo direzionale. Con i primi MIS la raccolta e la gestione delle informazioni centralizzate si semplifica e vengono a svilupparsi modalità per renderle disponibili all'intera azienda in modo semplice e veloce.

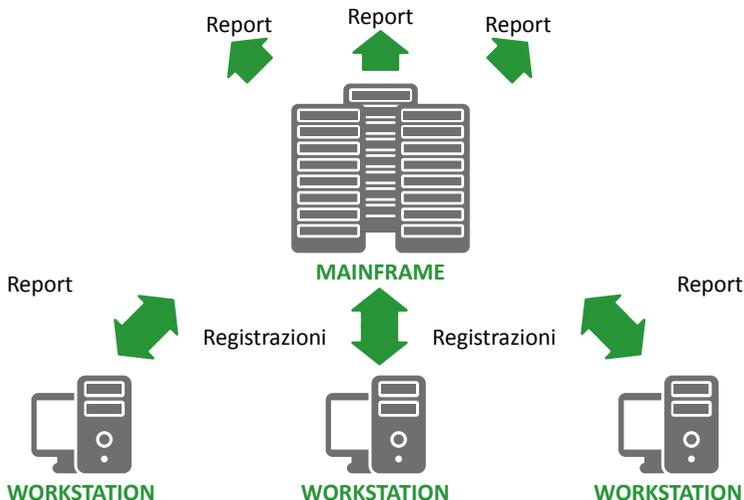


Figura 11.3 – Scambio di informazioni tra mainframe, terminali e azienda.

Fonte: elaborazione dell'autore.



Figura 11.4 – Schema di gestione delle informazioni in un MIS.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Caratteristiche del sistema

Le informazioni sono estratte dai mainframe aziendali e messe in relazione logica generando indici interpretabili dai manager.

11.1.3 Terza fase (anni Novanta)

Nella terza fase – quella attuale – il management ha ampiamente sviluppato esigenze strettamente legate ai temi della competitività e quindi alla necessità di prendere decisioni tempestive ed efficaci.

Per rafforzare gli orientamenti, il manager si basa molto sulla consultazione dei dati esistenti e sulla possibilità di creare scenari complessi di simulazione.

Anche se il termine ERP (Enterprise Resource Planning) è recente, la logica ha origini antiche. Nel 1913, l'ingegnere Ford Whitman Harris sviluppò un modello cartaceo per la pianificazione della produzione denominato EOQ (Economic Order Quantity). Al 1964 si fa risalire il primo tentativo di pianificazione dei fabbisogni di materiali denominato MRP (Material Requirements Planning) che abbinava i concetti EOQ al computer mainframe¹.

Con l'evoluzione tecnologica dell'informatica negli anni Settanta e Ottanta sono stati sviluppati concetti simili al MRP per estendere l'informatica ad altre attività diverse dalla produzione. Nel 1990 gli esperti di tecnologia hanno coniato un nome per questa nuova categoria di software per la gestione del business: Enterprise Resource Planning.

Enterprise Resource Planning (ERP) aiuta a pianificare, quantificare, prevedere e distribuire i risultati di un'organizzazione. È un tipo di software che gestisce le attività commerciali quotidiane, come per esempio la contabilità, il procurement, il project management, la gestione del rischio e le operations.

I sistemi ERP uniscono e definiscono un insieme di processi e soprattutto ne garantiscono lo scambio di dati. Grazie alla raccolta di dati transazionali condivisi provenienti da diverse

¹ L'azienda era la produttrice di utensili Black & Decker.

fonti dell'organizzazione, i sistemi ERP eliminano la duplicazione dei dati e ne garantiscono l'integrità tramite un'unica fonte affidabile.

VENDITE	PRODUZIONE	APPROVVIGIONAMENTI	CONTABILITÀ	RISORSE UMANE	TECNOLOGIE	RISORSE FINANZIARIE
ORDINI	LOTTE DI PRODUZIONE	SCORTE	FORNITORI	RETRIBUZIONE	INVENTARIO AMMORTAMENTI	INVESTITORI
CONTRATTI	TEMPI MEDI DI PRODUZIONE	CONTO DEPOSITO	CICLO ATTIVO	RILEVAZIONE PRESENZE	MANUTENZIONI	CASH MANAGEMENT
URGENZE	SCARTI DI PRODUZIONE	MATERIALE CONSUMATO	CONTABILITÀ GENERALE	PROFILI COMPETENZE	OSSERVATORIO PREZZI TECNOLOGIE	INDEBITAMENTO INTERESSI
SPEDIZIONI	CONTROLLO QUALITÀ	OSSERVATORIO PREZZI CONSUMABILI	CONSOLIDATO	BENEFIT	NOLEGGI E LEASING	IMMOBILIZZAZIONI

Figura 11.5 – Concatenazione di informazioni in un ERP.

Fonte: elaborazione dell'autore.

11.1.4 Le organizzazioni, la piramide di Anthony e le informazioni

Dallo studio delle organizzazioni (aziende, istituzioni, esercito) Robert Anthony ha proposto una semplificazione basata sulla classificazione delle operazioni e delle relazioni in una struttura gerarchica². Da questi studi è nato un modello di descrizione del comportamento organizzativo aziendale che è molto utilizzato.

In questo modello le attività sono classificate in:

Strategiche:

- definiscono le strategie;
- programmano a lungo termine;
- utilizzano informazioni sintetiche incrociando dati interni ed esterni;
- gestiscono l'imprevedibilità.

Tattiche:

- applicano le strategie con strumenti del middle-management (budget, report);
- programmano a breve termine;

² Anthony, 1965.

- utilizzano informazioni analitiche incrociando molti dati interni da più fonti;
- gestiscono la routine.

Operative:

- applicano le direttive;
- generano informazioni analitiche.

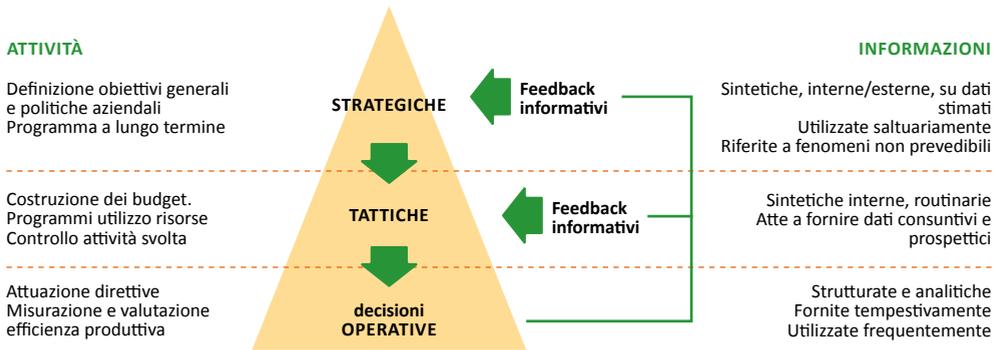


Figura 11.6 – I feedback informativi agiscono sui livelli decisionali delle aziende.

Fonte: elaborazione dell'autore.

In questo modello il sistema informativo svolge un ruolo fondamentale perché attraverso di esso si velocizza il meccanismo di feedback e di decisione (fattore fondamentale a livello di concorrenza).

Nella Figura successiva si è cercato di collocare le diverse tipologie di sistemi informativi, fino a questo momento descritti all'interno delle diverse aree funzionali e dei diversi livelli, in una piramide di Anthony parzialmente modificata per rappresentare le relazioni tra aree aziendali.

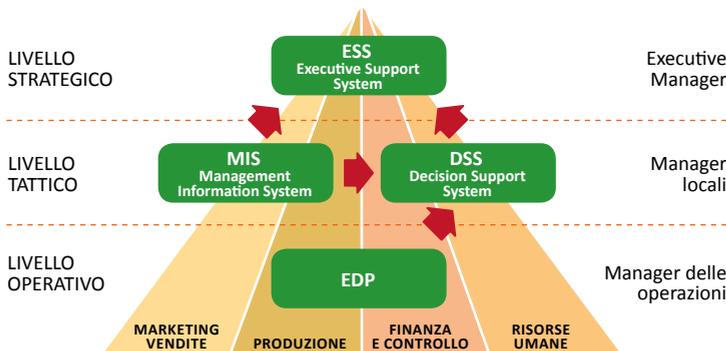


Figura 11.7 – I feedback informativi agiscono sui livelli decisionali delle aziende.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Alla base stanno i sistemi EDP che alimentano i sistemi di supporto alle decisioni (MIS e DSS) che a loro volta alimentano i sistemi a supporto delle decisioni esecutive (ESS).

11.2 I sistemi informativi sanitari

11.2.1 Modelli, riforme e New Public Management

Il mondo sanitario si sente distante dal mondo aziendale. Fino a quando si basava su forme volontarie e caritatevoli di assistenza era sufficiente una programmazione saltuaria (conseguente alla saltuarietà del finanziamento). Il rapporto tra sanitari e assistiti non era contrattualizzato e si trattava di un rapporto tra benefattori e beneficiari.

La nascita di un sistema prevede invece una «contrattualizzazione sociale» del rapporto. Si possono osservare due tipi di «contratto»: un contratto implicito (sistemi assicurativi universalistici) e un contratto esplicito (sistemi assicurativi volontari).

I primi si basano su fondi statali e sulla tassazione (dove lo stato fa da gestore) mentre i secondi si basano su contributi solitamente veicolati da un obbligo (ma in certi casi un benefit) inserito nei contratti di lavoro (dove lo stato fa da regolatore e garante).

Nella Figura 11.8 sono riportate in contrapposizione alcune delle differenze tra modelli.

	SOCIALISTI	BEVERIDGE	BISMARCK	ASSICURAZIONE VOLONTARIA
ORIGINE	Fondi statali	Fondati sulla tassazione	Contributi	Assicurazioni individuali
CRITERIO AVENTI DIRITTO	cittadinanza		Status di assicurato	
DIFFERENZIAZIONE	Schema unico		Schema differenziati	
PROVIDER	Pubblici		Privati	
CONTROLLO SULLA DOMANDA	Basso	Alto	Medio	Alto
FOCUS ON	Assistenza	Prevenzione	Assistenza	Assistenza

Figura 11.8 – Differenze tra sistemi sanitari.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Questa distinzione si riflette su tutti gli aspetti del sistema compresa la struttura del sistema informativo. A determinare questo diverso approccio è la centralità del cittadino.

Nei sistemi assicurativi volontari al centro del passaggio di informazioni c'è l'assicurato che sceglie il piano assicurativo (a volte nella scelta di un'azienda il piano assicurativo proposto al lavoratore risulta un benefit molto concorrenziale). Il cittadino salda la fattura della struttura sanitaria da cui ha avuto le prestazioni e la presenta all'assicurazione per farsi

rimborsare. Le informazioni relative ai costi sostenuti sono dettagliate e trasparenti e sono disponibili in più archivi. Dall'analisi di queste informazioni si determinano le strategie degli ospedali, delle assicurazioni (e anche dei cittadini).

Nei sistemi universalistici il cittadino non conosce il costo (né delle prestazioni né dei finanziamenti). Lo scambio delle informazioni avviene tra amministrazioni. Queste amministrazioni tendono solitamente a semplificare lo scambio di dati all'essenziale. Nel tempo la comunicazione diventa avulsa dalla realtà e tende a escludere tutti gli elementi ritenuti non essenziali (tipologia di prestazioni, qualità, esiti) per concentrarsi sui soli elementi essenziali: costi complessivi e finanziamento.

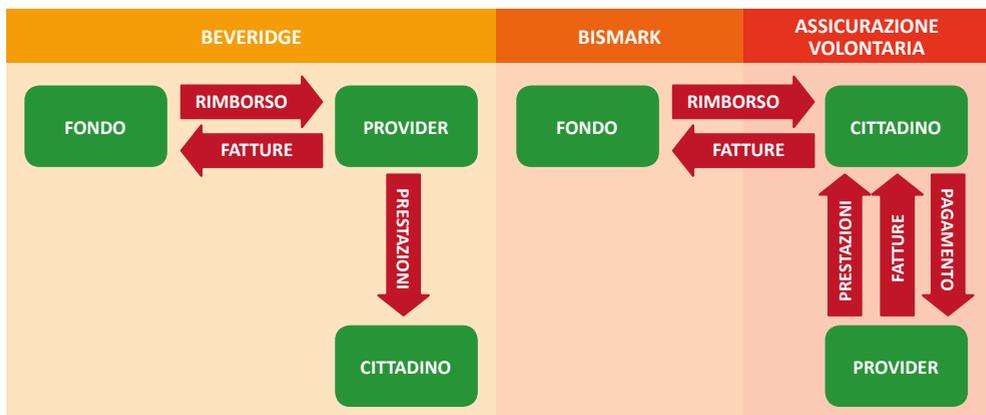


Figura 11.9 – Relazione schematica tra assicurazione, assicurato e fornitore delle cure tra sistemi sanitari.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Mancando ogni dettaglio relativo al servizio fornito, ogni amministrazione tende inoltre a rendere opaco sia il concetto di costo (massima espansione dei costi fissi, massimo dettaglio dei fattori produttivi fissi/irrelevanti e minimo dettaglio dei fattori produttivi variabili/governabili/rilevanti) e del concetto di finanziamento. Il sistema degenera facilmente su livelli di alto contenimento dei costi e dei finanziamenti e nella mancanza completa di strumenti di governo della domanda. In estrema sintesi questi sistemi se non governati tendono a degenerare.

I sistemi assicurativi escludono il ricorso alle finanze pubbliche ma tendono a un aumento continuo dei premi e dei costi di produzione generando discriminazioni tra ricchi e poveri nell'accesso alle cure.

I sistemi universalistici alternano senza logica fasi di compressione dei costi indifferenti agli esiti e fasi di scarico dei costi sulle finanze pubbliche. Nell'impasse e nel degrado conseguente spingono chi ha più risorse a curarsi privatamente.

Alla fine del ventesimo secolo questi sistemi entrano in crisi (costi eccessivi correlati a esiti poco misurabili) e provano a introdurre delle riforme.

Queste riforme risentono dello stimolo di alcune proposte pensate da studiosi americani negli anni Ottanta per la gestione della pubblica amministrazione. Tali teorizzazioni, che prendono il nome di New Public Management (NPM)³, si pongono in contrapposizione schematica contro le logiche di quella che viene ritenuta la Old Public Administration (OPA).

LOGICHE	OPA	NPM
APPROCCIO	Burocratico	Manageriale
RELAZIONI	Gerarchiche	Funzionali
MODELLO DI MERCATO	Monopolio	Concorrenza
VALUTAZIONE DIRIGENTI	Merito	Risultati

Tabella 11.1 – Relazione schematica tra assicurazione, assicurato e fornitore delle cure tra sistemi sanitari.

Fonte: elaborazione dell'autore.

11.2.2 Sviluppo dei sistemi di pagamento e dei sistemi informativi ospedalieri

Senza entrare nel merito del valore delle teorizzazioni, oggi in gran parte superate, questa ondata di riforme ha dato un grande stimolo allo sviluppo dei sistemi informativi in campo sanitario.

Nei sistemi assicurativi (modello Bismark) si è partiti da una situazione già avanzata. Per tradizione vi era un accumulo di informazioni relative ai costi di produzione ed è stato possibile elaborare dei sistemi di valutazione dei rischi assicurativi e del costo di produzione delle prestazioni. Si fa riferimento ovviamente al Modello di Yale⁴.

Nel 1967 il gruppo coordinato da Robert Fetter dell'Università di Yale (Stati Uniti) ha tentato di capire se fosse possibile ipotizzare un modello in grado di misurare il costo standard dell'attività di cura all'interno di una struttura ospedaliera a partire da caratteristiche cliniche e assistenziali dei pazienti.

L'ipotesi di partenza era che, a parità di patologia e caratteristiche, il profilo di trattamento atteso fosse omogeneo. Il prodotto dell'ospedale era quindi di gruppi omogenei per patologia e per caratteristiche cliniche (DRG ovvero Diagnosis Related Group). Definiti i gruppi si verificava la coerenza della relazione tra la tipologia di casi trattati e un consumo omogeneo di risorse (costi). Definita una scala di pesi relativi era possibile associare alla scala delle tariffe proporzionali e avviare un nuovo sistema di finanziamento.

Il sistema è entrato in vigore negli anni Ottanta e si è progressivamente diffuso in tutto il mondo.

³ Boston et al., 1996; Meneguzzo, 1997; Lane, 2000; Gruening, 2000; Mc Laughlin et al., 2002.

⁴ Fetter et al., 1976.

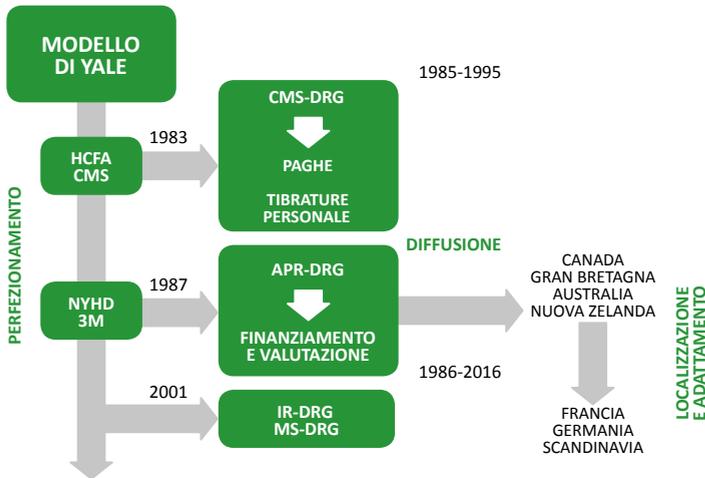


Figura 11.10 – Diffusione del Modello di Yale nei sistemi di valorizzazione e finanziamento in Sanità.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Per quanto riguarda i sistemi Beveridge si è trattato, nel primo periodo, di adottare tali sistemi già costruiti senza poterli modificare dato che non erano disponibili le stesse informazioni che avevano dato vita alle ricerche americane. L'accumulo di informazioni puntuali ha poi progressivamente stimolato l'affrancamento dai singoli sistemi dai modelli inizialmente copiati. Si è trattato a questo punto di un adattamento dei modelli ai sistemi locali. Sono nati dunque diversi sistemi modificati e adattati.

Australia	AR-DRG
Austria	LFK-PCS
Canada	CMG+
Francia	HRG
Israele	PRG
Giappone	DPC
Corea	K-DRG
Paesi Bassi	DBC
Regno Unito	HRG
Stati Uniti	MS-DRG

ADOZIONE

Belgio	APR-DRG
Cile	IR-DRG
Repubblica Ceca	IR-DRG
Grecia	G-DRG
Irlanda	AR-DRG
Italia	CMS-DRG
Messico	CMS-DRG
Nuova Zelanda	AR-DRG
Portogallo	AP-DRG
Slovenia	AR-DRG
Spagna	AP-DRG
Turchia	AR-DRG

LOCALIZZAZIONE ADATTAMENTO

Danimarca	Nord-DRG	CMS-DRG
Estonia	Nord-DRG	CMS-DRG
Finlandia	Nord-DRG	CMS-DRG
Germania	G-DRG	AN-DRG
Ungheria	HBCS	CMS-DRG
Islanda	Nord-DRG	CMS-DRG
Norvegia	Nord-DRG	CMS-DRG
Polonia	JPG	HRG
Repubblica Slovacca	SL-DRG	G-DRG
Svezia	Nord-DRG	CMS-DRG
Svizzera	Swiss-DRG	G-DRG

Figura 11.11 – Diffusione del Modello di Yale nei sistemi di valorizzazione e finanziamento in Sanità.

Fonte: elaborazione dell'autore.

11.2.3 Il ciclo della performance della pubblica amministrazione

Le pubbliche amministrazioni devono, per legge, valutare le proprie performance. La norma di riferimento è il D.lgs. 150/2009, che all'articolo 3 comma 2 recita testualmente: «Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti».

Il D.lgs. 150/09, che ha introdotto la valutazione della performance nella pubblica amministrazione italiana, si inserisce all'interno di una serie di interventi normativi che dall'inizio degli anni Novanta del secolo scorso ha innestato nel sistema pubblico elementi di aziendalizzazione e managerialità (su tutti il D.lgs. 29/93 e il D.lgs. 286/99). Da qui discende un altro fattore che è bene mettere a fuoco: la PA moderna segue approcci gestionali di tipo manageriale, attenti al consumo delle risorse e al raggiungimento dei risultati. In altri termini, oggi è convenzionalmente accettato che si lavori «per obiettivi» anche all'interno della PA.

Ma qual è, dunque, l'oggetto della valutazione della performance della PA? Valutare la performance significa definire «la qualità delle prestazioni erogate dalle organizzazioni pubbliche», siano esse nazionali (un Ministero, un ente economico o non economico, un'agenzia ecc.), territoriali (Comuni, città metropolitane, Regioni) o di altra natura (forze armate, istruzione, ricerca e università).

Anche una organizzazione sanitaria (a maggior ragione un sistema sanitario) ha un suo ciclo della gestione. Anche se non sempre è noto e non sempre viene percepito da operatori e utenti questo ciclo rappresenta il motore che ne permette il funzionamento.

11.2.4 Sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri

Investite dall'aziendalizzazione e obbligate a una rendicontazione puntuale e tempestiva delle prestazioni erogate le strutture sanitarie si sono ritrovate a dotarsi di strutture informatiche e staff di personale dedicato. Le informazioni hanno iniziato ad accumularsi ed alimentare i flussi informativi regionali e nazionali.

La «rivoluzione» è iniziata dagli EDP alla base della piramide di Anthony (il CUP per le prenotazioni, il RIS per la radiologia e il LIS per i laboratori). Sul versante amministrativo, il raccordo timbrature e paghe si è informatizzato (anche se per anni è rimasto disgiunto dall'attribuzione analitica a centri di costo). L'evoluzione dei sistemi è proseguita con la digitalizzazione delle informazioni amministrative e cliniche necessarie per la rendicontazione degli episodi di cura (registro delle SDO). Su questa struttura si sono innestati i registri di sala operatoria informatizzati.

Il flusso nazionale di emergenza-urgenza (EmUr a livello nazionale o 6/SAN in Lombardia) ha stimolato la registrazione degli accessi in PS.



Figura 11.12 – Sistemi informativi alimentati nelle aree operativa, tattica e strategica delle aziende sanitarie.

Fonte: elaborazione dell'autore.

La Figura 11.12 mette anche in evidenza il problema della compartimentalizzazione delle informazioni dove lo scambio di informazioni tra sistema sanitario e sistema amministrativo.

11.2.5 Il sistema informativo del SSN

La stagione della istituzione

Il sistema informativo del SSN nasce quasi contemporaneamente alla sua istituzione. Negli anni Ottanta si stabiliscono i primi collegamenti telematici e si avvia il censimento delle strutture. Il Servizio sanitario è organizzato su base territoriale con diversi tipi di enti:

- USSL – unità sociosanitarie locali;
- aziende ospedaliere;
- IRCCS – istituti ricovero e cura carattere scientifico;
- ospedali classificati;
- istituti zooprofilattici sperimentali.

A queste strutture il Ministero della Salute (Dipartimento Programmazione) richiedeva di alimentare un flusso di dati all'interno di un sistema centralizzato da cui sarebbero emerse le statistiche del Servizio sanitario nazionale. Ogni ente era dotato di un terminale dedicato. Accedendo al sistema apparivano delle schermate con dei moduli da compilare. L'operatore disponeva dei dati aziendali estratti in grandi tabulati stampati da cui individuava i valori utili

per le rendicontazioni, faceva delle somme e riportava i risultati nei campi dello schermo. I dati venivano raccolti in un mainframe nazionale ed estratti per le statistiche.

Oggi la grafica è più moderna ma il contenuto non si è modificato.

I dati raccolti erano di tipo strutturale e non era prevista né una rilevazione dei costi né una rilevazione delle patologie trattate.

I nomi dei moduli (ancora oggi utilizzati) sono:

- FLS. 11 – Dati di Struttura e di Organizzazione della Unità Sanitaria Locale;
- FLS. 12 – Convenzioni nazionali di Medicina Generale e di Pediatria;
- FLS. 18 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- FLS. 21 – Attività di Assistenza Sanitaria di Base;
- STS. 11 – Dati Anagrafici delle Strutture Sanitarie;
- STS. 14 – Apparecchiature Tecnico-Biomediche di Diagnosi e Cura presenti nelle Strutture Extra ospedaliere;
- STS. 21 – Assistenza Specialistica Territoriale (Attività Clinica, di Laboratorio, Diagnostica per Immagini e Strumentale);
- STS. 24 – Assistenza Sanitaria Semiresidenziale e Residenziale;
- HSP. 11 – Dati Anagrafici delle Strutture di Ricovero;
- HSP. 12 – Posti Letto per Disciplina delle Strutture di Ricovero Pubbliche ed Equiparate;
- HSP. 13 – Posti Letto per Disciplina delle Case di Cura Private;
- HSP. 14 – Apparecchiature Tecnico-Biomediche di Diagnosi e Cura presenti nelle Strutture di Ricovero;
- HSP. 16 – Personale delle Strutture di Ricovero Equiparate alle Pubbliche e delle Case di Cura Private;
- HSP. 22 – Posti Letto Medi delle Strutture di Ricovero Pubbliche ed Equiparate;
- HSP. 24 – Day Hospital, Nido, Pronto Soccorso, Ospedalizzazione Domiciliare;
- RIA. 11 – Istituti o Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78.

La documentazione relativa a questi modelli «archeologici» si può trovare in:

- http://www.fim.sanita.regione.lombardia.it/manuale/manuale_190309.pdf;
- <http://www.nsis.salute.gov.it/portale/temi/documenti/investimenti/88.pdf>.

La stagione dell'aziendalizzazione

Con la riforma del 1992⁵ cambiano molte cose: viene introdotto il concetto di «azienda» e la contabilità economico-patrimoniale, cambia il tipo di finanziamento, vengono introdotte delle tariffe per le prestazioni rendicontate e ogni regione diventa responsabile della gestione delle risorse necessarie per assistere i cittadini residenti. Le informazioni relative ai singoli eventi diventano fondamentali per il finanziamento delle strutture e per la gestione delle compensazioni tra Regioni.

Vengono quindi definiti dei flussi standard (uguali in tutta Italia) per rilevare i singoli eventi associati ai singoli assistiti per le seguenti tipologie di prestazione:

- File A (SDO «Scheda di dimissione Ospedaliera»);
- File B (Assistenza medica di base);
- File C (Specialistica ambulatoriale);
- File D (Farmaceutica convenzionata);
- File E (Cure termali);
- File F (Erogazione diretta farmaci);
- File G (Ambulanza ed elisoccorso);
- File H (Prestazioni per disabili strutture residenziali e semiresidenziali).

La stagione della regionalizzazione

Agli inizi di questa fase la mancanza di un sistema informativo adeguato ai molteplici bisogni di governo delle Regioni era sentita come criticità. Per governare il sistema era necessario avere degli strumenti informativi adatti per:

- la definizione di vari modelli previsionali;
- la definizione di indicatori finalizzati all'interpretazione di specifici fenomeni sanitari;
- lo sviluppo di analisi quantitative orientate alla simulazione dell'effetto di interventi normativi;
- la revisione della normativa sulla compartecipazione alla spesa;
- la revisione delle tariffe associate al nomenclatore di specialistica ambulatoriale.

⁵ Il 1991 è stato l'anno critico per il sistema della finanza pubblica. Il forte divario tra stanziamenti del Fondo sanitario nazionale (82 mila miliardi di lire) e la spesa rendicontata dalle Regioni raggiungeva un disavanzo di 11 mila miliardi di lire, che porterà nell'anno successivo a un ripiano di 5600 miliardi di lire. Per conseguire il pareggio di bilancio il governo di Giuliano Amato varò una manovra finanziaria da 100 mila miliardi di lire che prevedeva fra l'altro il prelievo forzoso del 6% dai conti correnti. La lira dovette uscire dallo SME (il Sistema monetario europeo, che legava le valute partecipanti a una griglia di cambio predeterminata) con la conseguente svalutazione della moneta nazionale che sarà del -32,2% contro dollaro e del -29,8% contro marco tedesco.

Si temeva però che ogni regione prendesse una propria strada diversa da quella presa dalle altre. Con il D.lgs. 18 settembre 2001, n. 347 si avvia il processo di decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni (modifica del titolo V della Costituzione) e il rischio di una differenziazione dei sistemi diventa concreto.

Nel 2003 la conferenza Stato Regioni avvia il Progetto Mattoni SSN. Ogni Regione avrebbe fatto riunire i propri rappresentanti per definire una strategia comune di creazione degli strumenti informativi del SSN. L'obiettivo era creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise.

Il lavoro complessivo venne suddiviso in 15 sotto-progetti dove partecipano esperti delle Regioni in assetti variabili rispetto alle competenze:

- 01 – Classificazione delle strutture;
- 02 – Classificazione delle prestazioni ambulatoriali;
- 03 – Evoluzione del sistema DRG nazionale;
- 04 – Ospedali di Riferimento;
- 05 – Standard minimi di quantità di prestazioni;
- 06 – Tempi di attesa;
- 07 – Misura dell'appropriatezza;
- 08 – Misura dell'*outcome*;
- 09 – Realizzazione del Patient-File (Cartella clinica informatizzata);
- 10 – Prestazioni farmaceutiche;
- 11 – Pronto soccorso e sistema 118;
- 12 – Assistenza residenziale e semiresidenziale;
- 13 – Assistenza primaria e prestazioni domiciliari;
- 14 – Misura dei costi del SSN;
- 15 – Assistenza sanitaria collettiva.

I prodotti del Mattoni sarebbero stati delle nuove classificazioni (delle prestazioni, delle strutture ecc.) e delle nuove metodologie (raccolta dei Patient-File, raccolta dei costi, misura degli esiti, misura dell'appropriatezza ecc.). Nello schema seguente i Mattoni sono suddivisi per sistemi di classificazione e metodologie e viene ipotizzato come i prodotti sarebbero confluiti nel NSIS.

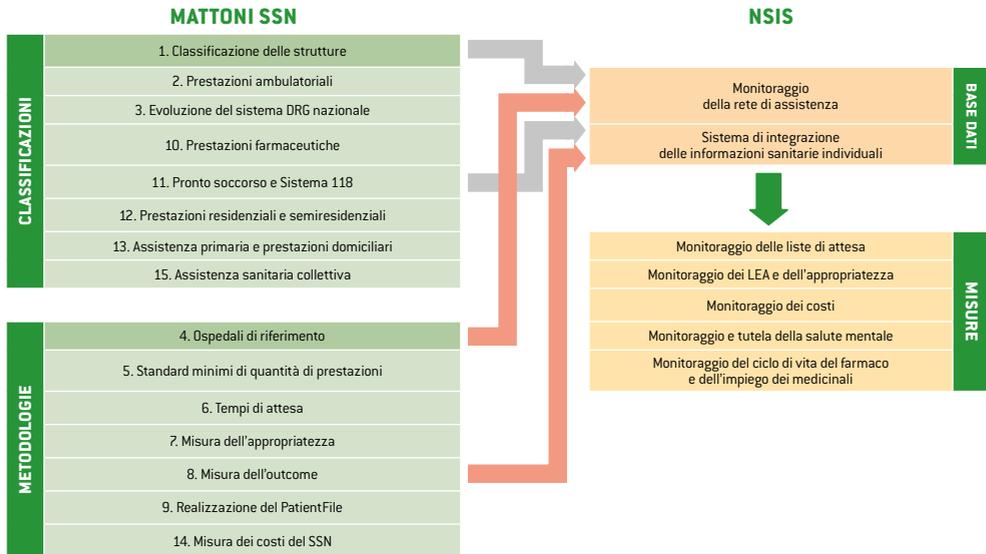


Figura 11.13 – Il progetto Mattoni del SSN.

Fonte: Ministero della Salute.

<http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaMenuMattoni.jsp?id=1&menu=obiettivi&lingua=italiano>.

Quindi le nuove indicazioni provenienti dal Progetto sono servite a modificare i flussi esistenti relativi alle prestazioni tariffate oggetto di compensazioni tra Regioni (ricoveri, ambulatoriale, farmaci) e a crearne di nuovi per quelle attività che ancora non prevedevano forme di compensazione (EMUR, SIMES, SIND, SISM ecc.).

FLUSSI	NOME	ISTITUZIONE
Azienda ospediera (SDO)	SDO	DM 26 luglio 1993 (trimestrale col DM 8 luglio 2010)
Specialistica ambulatoriale	SIAS	Legge 326 del 24/11/03 (conversione del DL 268 del 30 settembre 2003)
Farmaceutica convenzionata	File D	
Distribuzione diretta dei farmaci	FILE F	DM 31 luglio 2007
Consumo farmaci ospedalieri	FILE R	DM 4 febbraio 2009
Emergenza urgenza sanitaria (118)	SIES	DM 17 dicembre 2008
Emergenza urgenza sanitaria (PS)	EMUR	
Assistenza residenziale e semiresidenziale	FAR	
Assistenza domiciliare	SIAD	
Monitoraggio errori in sanità	SIMES	DM 11 dicembre 2009
Dipendenze	SIND	
Salute mentale	SISM	DM 15 giugno 2010
Hospice	HOSPICE	DM 6 giugno 2012

Tabella 11.2 – Flussi istituiti per attivare il SISS.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Il tutto sarebbe dovuto confluire nel cruscotto nazionale per alimentare i sistemi di governo della spesa e degli esiti delle cure.

Il Progetto Cruscotto, sviluppato congiuntamente alle Regioni e secondo le modalità di approccio condiviso cui si ispira l'intera progettualità del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ha dunque l'obiettivo dello sviluppo e della progressiva messa a disposizione di strumenti di analisi, sotto forma di cruscotti e di set di dati aggregati, accessibili attraverso il web, al fine di permettere la condivisione di:

- indicatori di «contesto», ovvero, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la composizione della popolazione per ASL per genere e fascia di età;
- indicatori di «consumo» di prestazioni sanitarie erogate in tutti i diversi livelli di assistenza, con la possibilità per ogni Regione di confrontare i propri dati unitamente a benchmark di riferimento, *in primis* quello nazionale.

Sarà necessario quindi approfondire in una prossima sezione il legame tra sistemi informativi e indicatori.

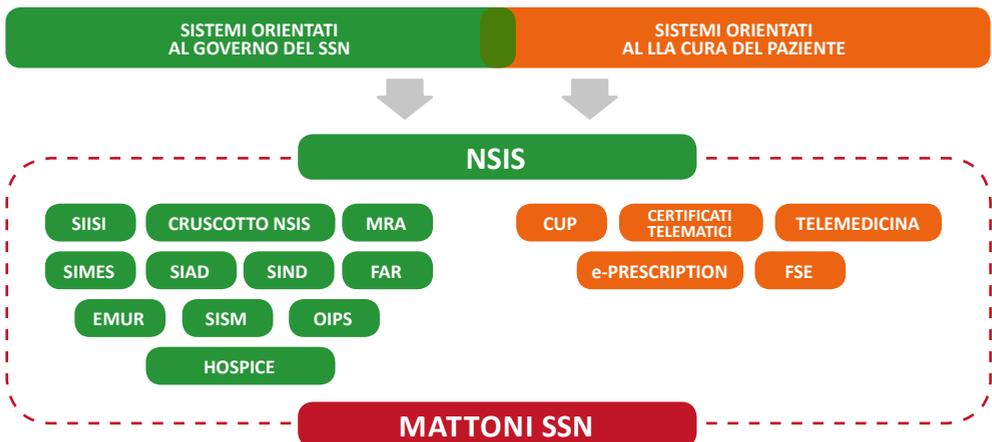


Figura 11.14 – La struttura del NSIS.

Fonte: Ministero della Salute.

<http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaMenuMattoni.jsp?id=1&menu=obiettivi&lingua=italiano>.

In questo processo, sicuramente valido nelle premesse metodologiche e apprezzabile per il pieno rispetto delle autonomie regionali, si può comunque osservare la debolezza della regia. A distanza di 10 anni dall'attivazione del Progetto non tutti i flussi erano stati attivati e convogliati nel cruscotto destinato a restituire dati parziali. In particolare, è stato il ritardo accumulato nel definire le metodologie di raccolta dei costi che ha impedito la strutturazione di un flusso di costi sufficientemente analitico. Questo ritardo ha impedito e impedisce la

definizione e l'aggiornamento delle tariffe. La mancanza di tariffe – che sono il motore del finanziamento e la garanzia di una rilevazione completa delle attività – fa scemare l'interesse nella compilazione degli altri flussi che rimangono di conseguenza degli «esercizi» incompleti e poco oggetti a verifica. Il ritardo nella raccolta dei costi non è casuale, ma il riflesso di una mancanza di modelli di rilevazione analitica dei costi nelle aziende. Questo ritardo impedisce quindi di avere il principale tra gli strumenti di governo che un sistema informativo può offrire: il governo dei sistemi di pagamento.

La stagione dei piani di rientro e dei commissariamenti

Dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, che assegnava alla competenza concorrente tra Stato e Regioni la materia della tutela della salute, ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione era previsto che le differenze di spesa rilevate a livello regionale sarebbero state coperte da un fondo perequativo fino a un massimo calcolato come costo standard. Oltre quella cifra ci sarebbe stata, in un'ottica di maggiore autonomia impositiva delle Regioni, l'imposizione di tasse locali.

Mentre le Regioni si concentravano sui massimi sistemi (le regole che avrebbero governato il sistema) la distrazione sulle più elementari regole contabili era altissima. In particolare, era il sistema informativo dei costi a non essere alimentato a dovere. Metà delle Regioni italiane spendeva per la sanità più della quota di fondo assegnata. La mancanza di un ordine contabile nascondeva fatture non pagate all'interno di enti e aziende (che esponevano a volte solo parte dei costi) rendendo a volte impossibile avere un quadro completo della situazione finanziaria.

All'emergere dei costi reali il quadro della spesa era preoccupante: quasi 7 miliardi di euro di spesa in disavanzo su 97 previsti per il SSN. I disavanzi erano concentrati in poche Regioni.

ACCORDO	REGIONE	DISAVANZO
28-Feb-07	LAZIO	1.700.000.000
6-Mar-07	ABRUZZO	140.000.000
27-Mar-07	MOLISE	70.000.000
13-Mar-07	CAMPANIA	870.000.000
31-Jul-07	SICILIA	640.000.000
17-Dec-09	CALABRIA	250.000.000
29-Jul-10	PIEMONTE	420.000.000.000
30-Nov-10	PUGLIA	330.000.000
	ALTRE REGIONI	900.000.000

Tabella 11.3 – Accordo sui disavanzi del SSN.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Scatta quindi l'intervento dello stato per costringere le Regioni a un rientro della spesa. Tali interventi prendono il nome di programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale (successivamente chiamati piani di rientro) e nascono con la detta legge finanziaria per il 2005 (legge n. 311/2004) e sono allegati ad accordi stipulati dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze con le singole Regioni.

Negli anni sono stati siglati i seguenti accordi con i relativi piani di rientro:

- Lazio il 28 febbraio 2007 (rientro nel 2020);
- Abruzzo il 6 marzo 2007;
- Liguria il 6 marzo 2007 (rientro nel 2009);
- Campania il 13 marzo 2007;
- Molise il 27 marzo 2007;
- Sicilia il 31 luglio 2007;
- Sardegna il 31 luglio 2007 (rientro nel 2009);
- Calabria il 17 dicembre 2009;
- Piemonte il 29 luglio 2010 (rientro nel 2015);
- Puglia il 30 novembre 2010.

L'attività di affiancamento alle Regioni è stata affidata al SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) mentre il supporto tecnico è stato assicurato dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria del dipartimento della qualità del Ministero della Salute.

Questa breve stagione, che è servita a ricondurre la spesa all'interno dei valori programmati, ha generato una cultura di controllo della spesa dove spesa ed esiti dovevano essere entro livelli standard. Lo sforzo compiuto non era però sufficiente a garantire la piena sostenibilità della spesa. Negli anni immediatamente successivi lo stato si ritrova a rivedere la spesa complessiva.

Il provvedimento cardine è la Spending Review (DL 6 luglio 2012 n. 95 e Legge stabilità, ottobre 2012) dove era prevista:

- riduzione del FSN nei tre anni (-0,9% poi di -1,8% poi di 2,1%);
- tetto al numero di strutture complesse e semplici del SSN;
- riduzione posti letto (da 4 a 3,7);
- spesa farmaceutica territoriale dal 13,6% al 13,1% e poi all'11,35%;

- spesa farmaceutica ospedaliera Dal 2,4% al 3,5%;
- introduzione del meccanismo del payback;
- tariffe massime (DM 2012);
- riduzione 5% degli appalti B&S (esclusi farmaci);
- acquisto attraverso CONSIP o Centrali regionali (se attive);
- riduzione spesa per il personale dipendente.

Nel frattempo, il MEF introduce per le aziende sanitarie dei nuovi modelli di rilevazione economica:

- CE – un modello standard di rilevazione del conto economico delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
- SP – un modello di rilevazione dello stato patrimoniale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
- CP – un modello di rilevazione dei costi dei presidi a gestione diretta all'interno delle aziende unità sanitarie locali.

I modelli sono comuni, ma non necessariamente i dati sono raccolti in modo omogeneo. Il principale problema del CE sta nell'interpretazione corretta dei troppi fattori produttivi poiché non sempre nelle aziende era presente una classificazione adeguata all'aumentare del dettaglio richiesto. Ancora più critica la compilazione dei CP dove è evidente che tale modello può essere compilato correttamente solo da strutture che dispongono di buoni sistemi di contabilità analitica. Ora, dato che nelle aziende sanitarie la contabilità dei costi è poco diffusa e spesso poco curata è facile temere che il MEF si troverà in difficoltà nell'interpretare valori poco uniformi e molto influenzati dai diversi mix produttivi. Sotto il titolo unico «ospedale» si nasconde una complessità di strutture confrontabili solo aggregandole a un livello analitico maggiore.

11.2.6 Lo sviluppo del sistema informativo sanitario in sintesi

Quindi si possono distinguere cinque fasi del SSN e ogni fase ha un particolare impatto sulla struttura del sistema informativo che spesso si è rivelata non adeguata ai bisogni del sistema. Nella fase istitutiva si sviluppa un sistema centralizzato concentrato sulla rendicontazione delle caratteristiche dell'offerta e poco interessato a esiti delle cure e sui costi sostenuti. Nella fase di aziendalizzazione si definiscono i flussi principali con una maggiore concentrazione sui singoli eventi sanitari: buono per misurare le performance produttive, ma non sufficiente a valutare gli esiti. Nella fase di regionalizzazione si avvia un lentissimo

processo di analisi che dà risultati interessanti ma non sufficienti e comunque troppo debole sul versante rilevazione dei costi. Nella fase della Spending Review il Ministero delle Finanze riparte quasi da zero mettendo una forte enfasi sui bilanci ma trascurando molti aspetti visibili solo a livello analitico. Con il DM 70 del 2015 si entra in una fase devolutiva che fissa dei livelli minimi omogenei da garantire (LEA) in una fase di ridimensionamento complessivo dell'offerta pubblica ospedaliera.

Il nuovo decennio si apre con una pandemia che mette in evidenza la debolezza dei sistemi sanitari costretti nuovamente a investire senza avere messo a fuoco i problemi della cronicità e della crisi dei sistemi sanitari nazionali.

PERIODO	1978-1992	1993-2001	2002-2004	2005-2014	2015-2019	
FASE	Istituzione	Aziendalizzazione	Regionalizzazione	Spending Review	Riordino	
LEGISLAZIONE	Legge 833/1978	Legge 502/1992	Legge 3/2001	Legge 311/2004 Legge 95/2012	DM 70 /2015	
SOGGETTI	Ministero Salute	Conferenza Stato Regioni – Age.na.s		Ministero Finanze		
FOCUS ON	Strutture	Prestazioni	Pazienti	Bilanci	CE / PNE	
STRUMENTI	MODULI	RECORD	CRUSCOTTO	MATRICI		
RILEV.	MIX	No	Si	Si	No	Si
	COSTI	No	No	No	Si	SI

Tabella 11.4 – Sintesi delle fasi del SSN.

Fonte: elaborazione dell'autore.

11.3 Le funzioni del sistema informativo

In queste fasi i sistemi informativi sono cresciuti (dimensioni, rilevanza delle informazioni e potenzialità di calcolo) e hanno cambiato forma (da gerarchici concentrati sulle strutture di offerta si sono lentamente ristrutturati in modelli relazionali concentrati sulle caratteristiche del paziente).

Per avere però dei modelli utili i sistemi informativi non vanno pensati in un comitato d'esperti. Vanno sottoposti al vaglio dei manager usandoli per la gestione. La domanda a cui si dovrebbe rispondere è: i bisogni informativi di chi gestisce la salute pubblica sono soddisfatti dai sistemi esistenti e dai dati oggi raccolti?

Cerchiamo ora di articolare questa domanda a livello dei quattro nodi gestionali dove i sistemi informativi possono dare un contributo:

- sistemi informativi e controllo di gestione;
- sistemi informativi e tariffe;

- sistemi informativi e indicatori;
- sistemi informativi e bisogni di salute (ovvero il costo per la gestione della cronicità).

11.3.1 Sistemi informativi e controllo di gestione

La gestione delle aziende dipende in larga misura dal sistema informativo. I manager sono continuamente alla ricerca di modelli di gestione dove le decisioni siano supportate da un'analisi dei dati aziendali e dei dati del mercato. Ne è un esempio il «ciclo di Deming» o ciclo di PDCA⁶ che è un approccio alla gestione sviluppato negli anni Cinquanta dall'Ingegnere William E. Deming. Il metodo è utilizzato per il controllo e il miglioramento continuo dei processi ed è diviso in 4 fasi:

- 1) pianificare (definire obiettivi e risorse);
- 2) fare (applicazione di quanto pianificato);
- 3) verificare (controllo e monitoraggio dei risultati, dei dati ed evidenze, e verifica della compatibilità con quanto pianificato. In questa fase si studiano e si raccolgono i risultati e i riscontri al fine di capire se i primi coincidono con le previsioni programmate nella prima fase. Questa fase di studio, per Deming, insegna a trarre conclusioni di natura scientifica);
- 4) agire (implementazione dei miglioramenti scaturiti dalle evidenze raccolte nelle verifiche. Quest'ultima fase rappresenta la chiusura del processo nonché la prima fase del successivo ciclo. Se la fase di «controllo» è stata positiva, l'azione sarà finalizzata a mantenere quanto realizzato, portandolo alla standardizzazione; se l'esito del controllo, invece, è stato negativo, l'azione sarà finalizzata a decidere le azioni correttive da attuare).



Figura 11.15 – Sintesi delle fasi del SSN.

Fonte: elaborazione dell'autore.

⁶ Acronimo di Plan-Do-Check-Act traducibile in italiano come Pianificare-Fare-Verificare-Agire.

Una volta innestato il ciclo produttivo, il sistema informativo aziendale deve essere in grado di fornire tutte le informazioni relative a:

- consumo risorse;
- tempi di produzione;
- tempi di attesa;
- ricavi dalle vendite;
- scorte.

Da queste informazioni si generano dei report che indicano scostamenti ed eventuale necessità di azioni correttive. La gestione delle informazioni è quindi alla base dei sistemi di governo. Non è il motore ma ne è il cruscotto.

Nei modelli di gestione «adattativa» (nel senso che le informazioni costituiscono un feedback utilizzabile per la correzione degli obiettivi) è necessario che le informazioni siano raccolte tempestivamente e per avviare degli aggiustamenti alla pianificazione. Quindi i cicli di azione-valutazione-riprogettazione diventano sempre più frequenti e sempre più brevi.

Velocità e precisione nella gestione delle informazioni (seppure nei limiti intrinseci della relazione) diventano una qualità competitiva.

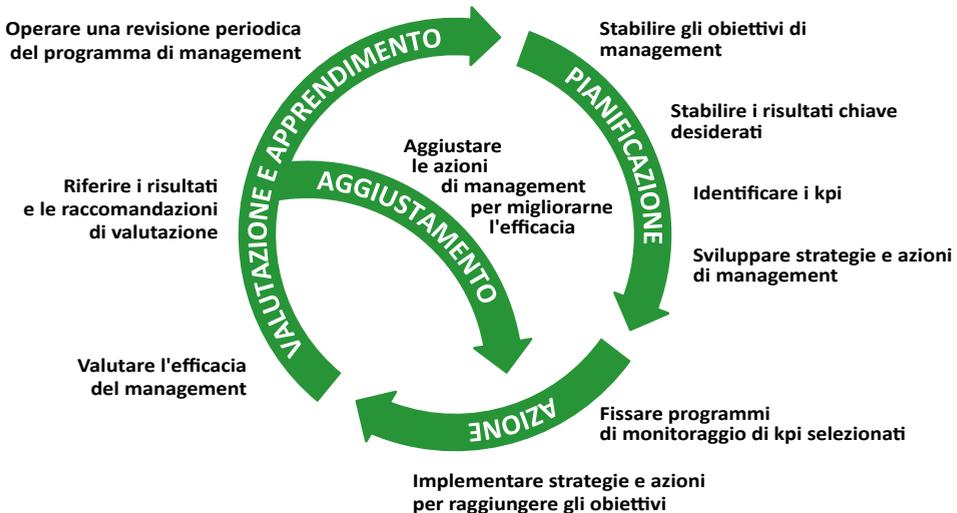


Figura 11.16 – Ciclo di Deming.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Quindi i sistemi informativi, oltre un certo limite di utilizzo, cessano di essere un costo improduttivo per diventare una componente fondamentale nella generazione di valore aggiunto. Questo vale anche per la pubblica amministrazione?

Il ciclo di Deming è stato da tempo introdotto come strumento di riferimento per la programmazione degli enti locali⁷. In ambito sanitario questo tipo di modello è stato introdotto nella gestione dei budget annuali. Dal 1992, con l'avvio dell'aziendalizzazione delle strutture pubbliche (Legge 502/92), sono state introdotte le seguenti modalità:

- nomina di un direttore generale con contratto di tipo privatistico (non è funzionario che raggiunge la carica mediante concorso pubblico);
- obbligo di tenuta della contabilità economico patrimoniale;
- obbligo di tenuta della contabilità analitica per centro di costo;
- introduzione di sistemi di pagamento a tariffa e budget di produzione attesi;
- obiettivi di mandato e conseguenti incentivazioni.

Il D.lgs. 286/1999 individua, oltre a tre tipologie di controllo tipicamente amministrative, anche il controllo di gestione:

- valutazione e controllo strategico (corrispondenza tra gli obiettivi stabiliti, le azioni intraprese e le risorse umane, tecnologiche e finanziarie disponibili);
- controllo di gestione (verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati);
- controllo e valutazione dei dirigenti;
- controllo di regolarità amministrativa e contabile (prevede il rispetto dei principi della revisione contabile).

Il controllo di gestione si colloca in antitesi alle logiche rigidamente procedurali e compartimentate della pubblica amministrazione e finisce per collocarsi come nodo di raccolta delle informazioni allo stretto contatto con la Direzione Generale di cui è il principale alleato.

⁷ Nell'ordinamento degli enti locali, il ciclo di Deming è stato introdotto, seppur timidamente, nel 1983, quando con il DL n. 55/1983, convertito in legge n. 131/1983, è applicato il principio della programmazione nell'ordinamento contabile, prevedendo all'articolo 1-quater, comma 3, l'obbligo di redigere la Relazione Previsionale Programmatica (RPP), documento che, allegato al bilancio di previsione, aveva il compito di dimostrare la coerenza delle scelte amministrative con la programmazione economica. Successivamente, con la riforma del Titolo V della Costituzione e con le leggi delega sul federalismo fiscale, legge n. 42/2009, i principi della programmazione, come intesi dal ciclo di Deming, sono stati individuati e fissati, per gli enti locali, nei seguenti documenti fondamentali (DUP Documento Unico di Programmazione e PEG Piano Esecutivo di Gestione). Per questo si deve porre particolare attenzione a quanto dispone l'ultimo comma dell'articolo 170 del D.lgs. 267/2000: «Nel regolamento di contabilità sono previsti i casi di inammissibilità e di improcedibilità per le deliberazioni del Consiglio e della Giunta che non sono coerenti con le previsioni del Documento unico di programmazione».

L'esigenza della Direzione Generale diventa quella di far funzionare al massimo l'azienda garantendo i risultati migliori con i costi minori possibile (per un direttore l'obiettivo è essere ben valutato ed essere quindi riconfermato o promosso).

Si crea a volte nelle aziende uno «scontro paradossale» tra Direzione Generale, avente per alleato il controllo di Gestione, contro il resto della struttura aziendale che si trova più a suo agio con obiettivi autoreferenziali, astratti e preferibilmente non misurabili.

Queste diverse esigenze hanno comunque dato un forte stimolo alla ristrutturazione dei sistemi informativi aziendali che possono ora associare diverse informazioni economiche (di costo, di ricavo, di patrimonio), strutturali (personale, strutture, manutenzioni, inventari) e sanitarie (popolazione, accessi, prenotazioni, malattie, farmaci consumati).

11.3.2 Sistemi informativi e sistemi di pagamento

I sistemi informativi sono anche generatori di conoscenza sui costi e forniscono quindi le indicazioni necessarie per la gestione dei sistemi di finanziamento. Tra tutti i sistemi regolatori il sistema di finanziamento è in assoluto quello che garantisce i migliori risultati in termini di efficacia e tempestività (leva finanziaria). Ovviamente «giocare» con il finanziamento può indurre distorsioni, ma si resta in una logica di errori correggibili. Le alternative sono comunque altrettanto rischiose se non dannose. Le forme di finanziamento a «piè di lista» portano a un aumento continuo dei costi, all'aumento delle spese correnti a scapito delle spese d'investimento e un progressivo allontanamento dal ciclo virtuoso obiettivo-risultato-valorizzazione. L'eccesso opposto (deregolato) spinge i consumi sanitari verso bisogni ad alto valore aggiunto, non necessariamente coincidenti con i bisogni di salute della popolazione.

Quindi sistema informativo e sistema regolatorio devono raggiungere livelli di particolare dinamicità per fare sì che domanda e offerta vengano continuamente regolate. La questione del meccanismo tariffario – in campo sanitario e quindi in campo assicurativo – è essenzialmente una questione di rischio. Il seguente schema rappresenta in modo sintetico l'effetto del sistema di finanziamento sul sistema di cure.

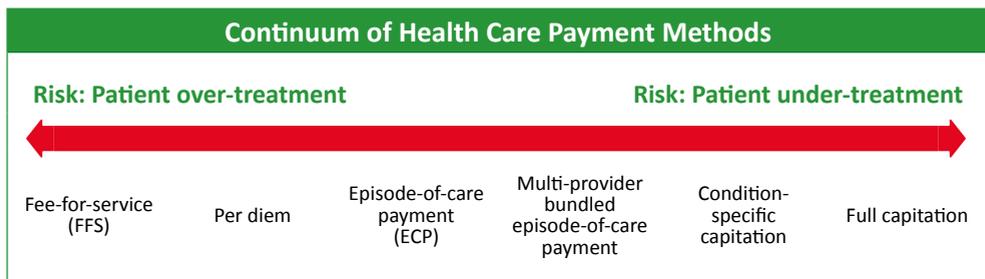


Figura 11.17 – Scala delle forme di finanziamento.

Fonte: H.D. Miller (2007), *Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Health Care: Issues and Options for Policy Reform*.

Nei sistemi a quota capitaria (modelli assicurativi universali) il finanziamento sembra tutto a carico del sistema di tutela pubblico. Per evitare di spendere oltre il disponibile, il budget è diviso proporzionalmente al numero di assistiti pesati. Il finanziatore non si assume quindi rischi e assegna tutte le risorse disponibili mediante contratti a tetto scaricando il problema delle risorse sulle strutture offerenti. Queste strutture, una volta raggiunti i tetti, tendono a ridurre l'offerta (tempi di attesa, minor qualità, chiusura di servizi). A questo punto il rischio si scarica sui pazienti che sono totalmente o in parte esclusi dalle cure o in alcuni casi sotto-trattati rispetto ai reali bisogni.

Nei sistemi a rimborso (modelli assicurativi volontari) il rapporto tra assicurazione e assicurato è regolato da contratti in cui sono definiti i livelli di assistenza garantiti e i livelli non garantiti. Pagando premi maggiori si possono accedere a più livelli. Si crea quindi un sistema stratificato di domanda e offerta solo apparentemente paritario. Le assicurazioni hanno più informazioni e non sempre agiscono in termini di concorrenza. Tendono anzi a massimizzare gli utili facendo crescere costi e premi a spese degli assicurati. Questo porta a escludere dalle cure pazienti giovani (poco interessati) e pazienti cronici (troppo costosi) e tende a concentrarsi sulle famiglie (rischio basso) che pretendono comunque prestazioni anche se in parte queste potrebbero essere inappropriate. Il consumo innesta l'aumento dei costi o forme di sovra-trattamento senza portare a migliori esiti di salute. Di fronte a queste due alternative opposte e insostenibili i sistemi cercano un maggiore equilibrio allontanandosi dagli estremi.

Negli Stati Uniti si sta lentamente passando da un modello FFS (*fee for service*) a un modello *bundle* (*Multiple provider bundle episode of care payment*). In pratica prima i pazienti pagavano il servizio e poi erano rimborsati dall'assicurazione (se assicurati). Ora le assicurazioni si sono dotate di un mediatore (sono le HMO delle organizzazioni mediche di base che valutano i bisogni e mediano l'accesso ai servizi) finendo per assomigliare – per molti aspetti – a un sistema europeo.

Il Italia, dove era in vigore un sistema a quota capitaria (*Full capitation*) ci si è spostati prima verso un sistema EPC (*Episode of care payment* con le tariffe per i DRG e le tariffe ambulatoriali) e poi quasi inevitabilmente ci si posizionerà su modelli BP (*Multiple provider bundle episode of care payment*) per motivi di sostenibilità.

La prima riforma (introduzione dei DRG) ha comportato un forte sviluppo delle rendicontazioni degli episodi di cura creando una base di conoscenza approssimativa su costo, numero e incidenza delle patologie. La prossima riforma comporterà un diverso modello organizzativo dell'offerta (p. es. organizzazioni di medici di base) e un ulteriore incremento nella gestione delle informazioni (per rendere evidente il legame standard tra patologie, multi-patologie, prestazioni e costi).

Il sistema informativo diventerà quindi la chiave principale della gestione. Dispone infatti delle informazioni necessarie per la valutazione dei costi standard delle patologie ed è indispensabile per chi gestisce gli obiettivi di governo della salute e della spesa.

11.3.3 Sistemi informativi e indicatori

Al momento l'orientamento dei sistemi sanitari nazionali resta ancora appoggiato sul pilastro del pagamento a prestazione associato a un livello di valutazione dato da degli indicatori. Que-

sto approccio è probabilmente legato alla convinzione che le informazioni siano sufficienti a stimolare il miglioramento continuo dell'offerta ma anche alla considerazione che l'80% dell'offerta sanitaria è gestito dalla pubblica amministrazione con strutture di offerta che ancora oggi respingono una valutazione della performance solo economica.

Gli indicatori potrebbero quindi rappresentare un livello di compromesso – anche per mancanza di maturità – tra delle esigenze di conservazione (non necessariamente negative) e delle esigenze di innovazione (non necessariamente migliori) che sembrano apparentemente in contrasto ma di fatto non lo sono. Quindi i sistemi informativi sono fortemente impegnati nella raccolta e nell'elaborazione di misurazioni utilizzate per costruire delle classifiche con cui vengono valutate le strutture di offerta e con cui si cerca di indicare una via di miglioramento.

Il decreto del Ministero della Sanità 24 luglio 1995 (pubblicato nella G.U. 10 novembre 1995, n. 263) «Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale» definisce la necessità di una valutazione del sistema attraverso degli indicatori: 1) Il Servizio sanitario nazionale adotta un sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie; 2) Gli indicatori rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare l'insieme di indicatori, quale strumento ordinario e cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali 3) Gli indicatori da adottare da parte dei suddetti livelli sono riportati nel presente decreto. Resta ferma la facoltà delle Regioni e delle aziende sanitarie di adottare ulteriori indicatori adeguati, significativi e influenti al fine di assistere efficacemente i processi decisionali regionali e locali.

Un indicatore è una misura sintetica, in genere espressa in forma quantitativa, coincidente con una variabile o composta da più variabili, in grado di riassumere l'andamento del fenomeno cui è riferito. Si possono distinguere tre tipologie di indicatori:

- di esito;
- di struttura;
- di processo.

Figura 11.18 – Indicatori di esito, struttura e processo.

Fonte: elaborazione dell'autore.



Indicatori di struttura

Gli indicatori strutturali sono solitamente identificati con il termine STOP (requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali) e definiscono le «caratteristiche del contenitore» in cui viene erogata l'assistenza e una conformità ai requisiti di accreditamento. Sono solitamente previsti dalle normative regionali per l'accreditamento. Sono però indicatori minimi (p. es. minuti di assistenza erogati per paziente per giornata di ricovero si ottiene calcolando il rapporto tra minuti lavorati da infermieri e operatori sociosanitari e numero di giornate di degenza, ma fornisce poche informazioni sul reale impiego del personale) oppure sono indicatori non numerici (p. es. disponibilità della TAC nella struttura si risolve con un sì/no che non precisa né quantità né qualità del servizio erogato).

In sintesi, sono indicatori poco utili per valutare la relazione standard tra costi ed esiti (efficacia ed efficienza in altre parole). Forniscono piuttosto una soglia per classificare le strutture o sotto la quale le strutture non dovrebbero trovarsi ad operare.

Indicatori di esito

Gli indicatori di esito definiscono una relazione tra frequenza di alcuni risultati (ritenuti positivi o negativi) e il numero di trattamenti eseguiti. In ambito sanitario vorrebbero documentare la modifica di esiti assistenziali:

- clinici (mortalità, morbilità);
- economici (costi diretti e indiretti sostenuti);
- sociali (qualità di vita, soddisfazione dell'utente).

La relazione volume-esiti è spesso causa di estrema variabilità. In ambito sanitario si ritiene che molti di questi indicatori non siano sufficientemente robusti e ripetibili a causa delle numerose determinanti non rilevabili (patrimonio genetico, fattori ambientali, condizioni socio-economiche). Anche il tempo trascorso dall'erogazione del processo determina una minore robustezza dell'indicatore.

Portati all'estremo potrebbero essere utilizzati per modulare i rimborsi sulla base degli esiti. Nel mondo sanitario già esistono forme di rimborso legate all'esito dove sono previste riduzioni se l'esito è considerato negativo oltre determinati limiti (pay for performance). Forse anche per questo motivo sono spesso contrastati e respinti.

Indicatori di processo

Misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a degli standard di riferimento (forniti a volte da linee guida, percorsi assistenziali). Tendono quindi a definire un miglioramento.

Vengono considerati dei proxy (sostitutivi) perché si basano sull'ipotesi non sempre dimostrata che processi studiati e validati potrebbero generare un miglioramento degli esiti assistenziali. La robustezza degli indicatori (capacità di predire) è strettamente correlata alla forza della raccomandazione clinica su cui viene costruito l'indicatore. Tanto più robuste sono le evidenze che documentano l'efficacia di un intervento sanitario, più forte sarà la raccomandazione clinica e più robusto il corrispondente indicatore di processo.

Le più recenti evoluzioni vedono la costruzione di una serie di indicatori legati a un singolo processo cercando di individuare quale sia il punto debole di una organizzazione.

11.4 (Ri)pensare i sistemi informativi

Immaginare la forma di un sistema informativo è un tema da sempre caro a ingegneri e filosofi impegnati a cogliere la relazione tra mondo reale e mondo del sapere. Trent'anni fa l'immagine dei sistemi informativi era un'immagine «statica» anche perché non si poteva prevedere il potenziale di calcolo e di memoria dei computer di oggi. Le informazioni «concentrate» e private di tutte le variabili sarebbero state inserite in un modello «predeterminato» e avrebbero generato degli indici leggibili dagli utenti al vertice della piramide decisionale. Sulla base di questi indici si sarebbero generate conoscenza e decisioni. In un certo senso anche gli utenti decisori avrebbero potuto a lungo andare essere sostituiti da algoritmi. Se si recupera uno schema pubblicato in quell'epoca si deduce che il sistema informativo era inserito in un ciclo di azioni che a partire dal «mondo reale» tornavano poi a influenzarlo o a determinarlo mediante decisioni.

Lo schema ha una sua validità ed è anche possibile che oggi si possa facilmente implementare un sistema come quello rappresentato nell'immagine. Esistono numerosi esempi di applicazione concreta che sembrano confermarne la validità. Ma c'è anche la consapevolezza dell'inadeguatezza di questo modello sulle decisioni più complesse. Andrebbero sviluppati modelli di conoscenza meno predeterminati e meno verticali. Questi modelli devono necessariamente comprendere la gestione dell'errore perché sembra che sia dagli errori che si impara maggiormente. Forse non è possibile predeterminare il modello di analisi perché la predeterminazione impedisce a diverse variabili critiche di emergere con evidenza e impedisce una lettura dei molteplici nessi esistenti tra azioni nel modo reale e conseguenze. Forse le informazioni scartate per compattarle in un sistema statistico predeterminato sono le variabili più interessanti. Potrebbero essere dei dettagli e delle variabili più rilevanti per la conoscenza di altre. Potrebbero essere dei generatori di errore che fanno poi comprendere, partendo dall'eccezione, il meccanismo recondito. Forse non è neppure opportuno insistere con modelli verticali perché probabilmente la conoscenza è un modello relazionale e, per quanto a volte possa essere costoso, la diffusione della conoscenza a tutti i livelli (delle aziende, delle organizzazioni e della società) genera i migliori risultati complessivi sia in termini di risultato che di crescita.

Fatte queste premesse il modello di sistema informativo da proporre sembra molto più incerto, molto più fragile nella struttura e molto più volatile negli esiti. Va quin-

di ripensato in modo che possa essere utile per implementare la conoscenza piuttosto che strumento in grado di dare risposte (una sorta di riproposta in termini contemporanei dell'oracolo). Per ripensare i sistemi informativi possono dunque venire utili gli studi relativi alla gestione della conoscenza (Knowledge management)⁸. In questi studi si scopre che la relazione tra conoscenze esterne e interne (che fanno entrambe parte del mondo reale) è molto più complessa di come descritto.

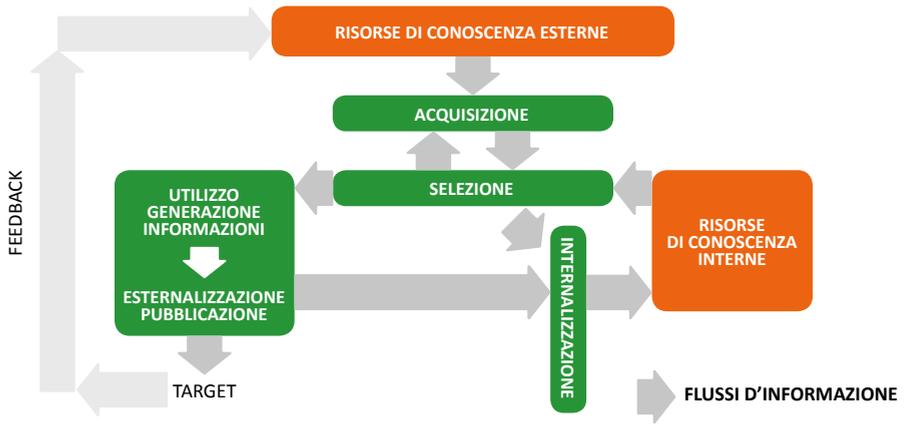


Figura 11.19 – Il Knowledge management.

Fonte: elaborazione dell'autore.

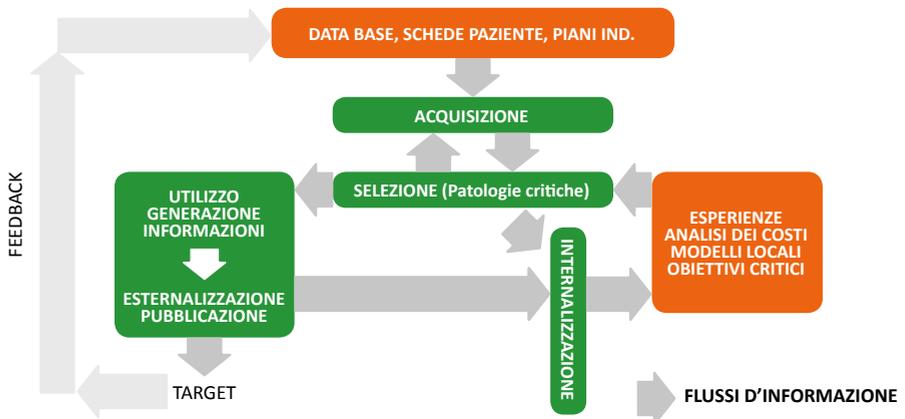


Figura 11.20 – Sistema informativo e il management in Sanità Pubblica.

Fonte: elaborazione dell'autore.

⁸ Wiig, 1999.

Le conoscenze esterne vanno selezionate ma non possono essere cancellate. Sono le esperienze interiorizzate a fare la selezione ed eventualmente il recupero di quanto cancellato. La fase di interiorizzazione non è predeterminata, ma è nel confronto continuo e oggettivo tra obiettivi e risultati che si generano i gradi di valore delle informazioni e della conoscenza.

Trasferendo queste conoscenze nell'ambito dei sistemi informativi sanitari risulta evidente la necessità di un sistema informativo diffuso che renda più evidenti le relazioni tra conoscenze, azioni, risorse e risultati come nello schema sotto riportato.

Anche la piramide di Anthony, incontrata nelle pagine precedenti, prende una forma nuova, gerarchica e più integrata. La struttura si basa sull'integrazione di diverse esperienze dove le informazioni circolano liberamente e, oltre a essere condivise, sono valorizzate dalle competenze degli utilizzatori che possono essere esperti della materia (sanitari, amministratori) esperti delle tecnologie dell'informazione (informatici) ed esperti delle informazioni (documentalisti, informatrici, analisti).

Un modello presentato nel 1995 dal professore canadese Choo Chun Wei (Faculty of Information Studies University of Toronto) ha cercato di rappresentare graficamente questo sviluppo indicandolo come «piramide cognitiva dell'organizzazione intelligente»⁹.



Figura 11.21 – Sistema informativo e il management in Sanità Pubblica.

Fonte: Information Management for the Intelligent Organization: Roles and Implications for the Information Professions.

⁹ Choo Chun Wei, 1995.

In sintesi

I sistemi informativi aziendali nascono in ambito industriale e commerciale e si sviluppano anche grazie alle tecnologie informatiche fino a diventare il «sistema nervoso» delle aziende dove sono nati. I sistemi non hanno una forma rigida e immutabile, ma cambiano al modificarsi degli obiettivi e degli stili manageriali.

Studiosi hanno osservato che a un livello decisionale semplice il sistema informativo ha una forma semplice (la pura registrazione di eventi) mentre a un livello decisionale complesso tende a mettere in relazione dati registrati abbattendo le barriere tra settori aziendali, promuovendo livelli di maggiore integrazione e introducendo modelli, proiezioni e simulazioni che sono tipiche delle strutture cognitive complesse (piramide di Anthony).

Siamo quindi nel periodo attuale in una terza fase di sviluppo dei sistemi informativi aziendali dove il valore aggiunto fornito delle informazioni risulta un fattore chiave per il successo delle aziende.

I sistemi informativi delle aziende sanitarie sono in grandissimo ritardo rispetto ad altri settori nello sviluppo dei sistemi e lo sono in particolare sotto l'aspetto della integrazione.

La crisi dei sistemi sanitari (osservabile in tutti i Paesi sviluppati) ha spinto i governi a investire in progetti di gestione manageriale che si basano in larga misura sull'utilizzo delle informazioni nella programmazione e nella misurazione degli obiettivi.

A questo proposito va sottolineato il vantaggio di alcune nazioni (Stati Uniti, Germania, Paesi Scandinavi) dove la presenza storica di sistemi assicurativi basati su rendicontazioni puntuali delle spese da rimborsare ai cittadini assicurati aveva da tempo fatto crescere sistemi informativi ricchi di dettagli relativi al costo delle prestazioni erogate.

Da questi Paesi nascono i sistemi oggi in uso per la tariffazione delle prestazioni (DRG) e il progressivo sovrapporsi dei temi epidemiologici ai temi della gestione economica in una forma gestionale unica e inscindibile (New Public Management). Queste innovazioni sono state poi assorbite dal SSN italiano che, seppure sulla base di un patrimonio informativo ancora in costruzione, ha avviato una profonda ristrutturazione.

Il Sistema sanitario italiano ha quindi attraversato alcune fasi storiche dove le esigenze gestionali hanno plasmato e promosso un rapido sviluppo dei sistemi.

Nella sua fase costitutiva i sistemi erano poveri di informazioni, nessuna informazione era legata ai pazienti e non vi erano informazioni puntuali sui costi.

Negli anni Novanta nuove leggi hanno promosso l'aziendalizzazione dei servizi sanitari e introdotto il finanziamento a prestazione che è la misura più diretta del valore prodotto. Queste riforme hanno portato a un accumulo di informazioni sanitarie ed economiche di dettaglio e hanno spinto alla progettazione di un sistema nazionale (NSIS) al cui centro risultava collocato il «paziente» di cui si prevedeva poter valutare il bisogno di salute, il costo e il rischio legato alle patologie.

Su questo patrimonio informativo in formazione si sono innestate nel frattempo le esigenze classiche della gestione dei servizi:

- il controllo della spesa (tariffe, sistemi di finanziamento, budget);
- il controllo delle performance mediante indicatori (Griglia dei LEA);
- il controllo della qualità attraverso indicatori (Piano nazionale esiti);
- il controllo di gestione attraverso la misurazione degli obiettivi di sostenibilità (Piani di rientro).

In queste occasioni il SSN ha mostrato la sua vitalità e la necessità continua di riprogettarsi attraverso un uso non saltuario di dati e informazioni.

In questo senso servirebbe una riprogettazione complessiva dell'approccio alla gestione delle informazioni, dapprima colmando i divari descritti (sia rispetto ai modelli aziendali che rispetto ai sistemi sanitari più avanzati), ma anche incrementando le competenze interne alle aziende sanitarie. Un incremento di competenze che non deve essere, come in passato, nella creazione di nuovi ruoli e nuovi compartimenti ma in una direzione esattamente opposta. Le barriere tra gestione economica e sanitaria andrebbero abbattute, le informazioni dovrebbero circolare e diventare il bagaglio professionale imprescindibile a ogni livello aziendale contando sul fatto che solo l'uso costante e consapevole delle informazioni possa creare una reale consapevolezza nella gestione degli obiettivi ambizioni del SSN (applicazione delle teorie del Knowledge management).

Ripasso

1. Per che tipo di sistema informativo è più adatto un EDP (Electronic Data Processing)?

- A. Direzionale
- B. Operativo
- C. Gestione dell'URP (Custom relationship management)
- D. Nessuna di queste

2. Quale è il nucleo portante del Sistema Informativo del SSN?

- A. Registro delle cause di morte
- B. Registro Tumori
- C. NSIS
- D. Nessuno di questi

3. Quale è stato l'obiettivo del Progetto Mattoni?

- A. Definire i criteri per l'attribuzione delle risorse del SSN

- B. Creare un linguaggio comune per la rilevazione dei dati NSIS
- C. Progettare nuovi ospedali
- D. Nessuna di queste

Riferimenti bibliografici

Anthony U.P. (1965), *Planning and Control Systems*, Harvard Business Review Press, Cambridge.

Boston J., Martin J., Pallot J., Walsh P. (1996), *Public Management: The New Zealand Model*. Auckland, Oxford University Press, Oxford.

Choo Chun Wei (1995), «Information management for the intelligent organization: Roles and implications for the information professions», Digital Libraries Conference, 27-28 marzo, Singapore.

Fetter R.B., Thomson J.D., Mills R.E. (1976), «A system for cost and reimbursement control in hospitals», *Yale Journal of Biology and Medicine*, 49, pp. 123-136.

Gruening G., «Origini e basi teoriche del New Public Management», in Meneguzzo M., *Managerialità, Innovazione e Governance. La pubblica amministrazione verso il 2000*, Aracne, Roma.

Lane J.E. (2000), *New public management*, Routledge, London.

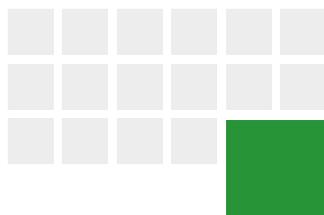
Mc Laughlin K., Osborne S., Ferlie E. (2002), *New Public Management: Current Trends and Future Prospects*, Routledge, London.

Meneguzzo M. (1997), «Ripensare la modernizzazione amministrativa e il New Public Management. L'esperienza italiana: innovazione dal basso e sviluppo della governance locale», in *Azienda Pubblica*, n.6.

Miller H.D. (2007), «Creating payment systems to accelerate value-driven health care: Issues and options for policy reform», *The Commonwealth Fund*, n. 1062.

Osumi S. (1999), *New Public Management: Ideology, Vision, Strategy*, Nippon Hyoron-Sha Co, Tokio.

Wiig K. (1999), «Knowledge management: an emerging discipline rooted in a long history», in Chauvel D., Despres C. (a cura di), *Knowledge management*, Theseus, Parigi.



12

Gestire una crisi in sanità, senza andare in crisi

Lino Grossano

12.1 Introduzione alla crisi

Può capitare che una mattina di agosto, nel proprio primo e meritato giorno di ferie, un reparto di neonati prematuri venga evacuato all'alba a causa di un incendio. E può capitare di essere il direttore generale di quell'ospedale. Spesso gli eventi che mettono in crisi un'istituzione accadono e basta, non si può scegliere né quando né come. Ma si può (si deve!) essere preparati ad affrontarli: durante una crisi bisogna essere in grado di guidare il flusso della comunicazione, mantenendo trasparenza, apertura e rigore; ed è fondamentale non farsi travolgere dai meccanismi con cui funzionano i media e i social.

Come si gestisce un caso del genere? Non è facile, non esiste una soluzione unica. Ma un direttore di struttura sanitaria deve conoscere alcuni strumenti per gestire una crisi senza andare in crisi.

Cominciamo dall'inizio. La parola crisi, dal greco κρίσις (*krisis*), significa separare, scegliere. Essere in grado di scegliere correttamente è il primo passo fondamentale: perché se non si è in grado di scegliere (o lo si fa troppo tardi) qualcun altro o qualcos'altro lo farà al posto nostro. Riempiendo magari i vuoti che abbiamo lasciato con dettagli che aprono a problemi ancora più grossi.

La crisi ha di solito una connotazione negativa: «essere in crisi» o «andare in crisi» per qualcosa sono modi di dire che lo sottolineano bene. In realtà è un momento di complessità: ha più a che fare con le scelte difficili e le responsabilità che ne conseguono. Una crisi, a pensarci bene, può nascondere al suo interno anche un'opportunità: per sé oppure per gli altri, nel bene o nel male. Sta alla persona deciderlo, anzi *sceglierlo*.

Per saper gestire una crisi bisogna avere sempre in mente alcuni obiettivi fondamentali: avere un piano per gestire le criticità; proteggere l'immagine dell'istituzione e dei suoi rappresentanti; curare i rapporti con i media; promuovere l'istituzione verso i cittadini.

Gestire una crisi richiede il rigore di una scienza, ma non è purtroppo scientifica in senso stretto; richiede flessibilità e creatività, come qualsiasi forma d'arte, ma non è un'arte vera e propria. Si colloca da qualche parte in mezzo, è artigianato: che deve avere solide basi tecniche e una sana dose di inventiva. E come ogni forma di artigianato impone, bisogna avere i giusti strumenti nella propria cassetta degli attrezzi.

12.2 Gli strumenti da avere sempre con sé

La maggior parte delle storie raccontate nei romanzi o nei film hanno uno schema riconoscibile: c'è un inizio, in cui si presentano i protagonisti e l'ambientazione; c'è la situazione che sblocca il protagonista e lo costringe a delle scelte; c'è il confronto con l'antagonista; c'è il momento di crisi che porterà il protagonista a dubitare di sé o della realtà che ha sempre conosciuto; e infine c'è lo scatto che gli fa vincere le paure o le difficoltà, e tutto questo traighetterà la storia verso la sua conclusione (si spera a lieto fine, ma non è scontato). Spesso il protagonista capirà di essere cresciuto, o perlomeno avrà raggiunto il suo obiettivo anche se a un prezzo¹.

È un modello simile a quello che governa la comunicazione di una crisi, o perlomeno il suo racconto. C'è una situazione iniziale che rompe l'equilibrio; il protagonista (voi che leggete) fa delle scelte; c'è il confronto con gli antagonisti e, in base alle scelte fatte, la storia avrà o meno un lieto fine. La storia, è importante notarlo, *ci sarà a prescindere* dalla crisi e dalle scelte: non è il protagonista a creare il racconto, sono altri. Il protagonista ha però il potere, se conosce i meccanismi del racconto, di portare la storia verso una conclusione a lui favorevole. Quindi le due cose fondamentali sono: sapere *come scegliere* per risolvere la crisi, e sapere *come raccontare* la crisi per portarla alla giusta conclusione. Per farlo ci servono 4 strumenti.

12.2.1 Strumento 1: righello, per misurare i fronti in campo

Nella gestione di una crisi in ambito sanitario ci sono quasi sempre tre protagonisti a confronto: l'istituzione coinvolta; i media, che rappresentano il veicolo su cui viene raccontata la crisi; e la scienza, che costituisce (o perlomeno dovrebbe costituire) le fondamenta su cui si basa il tema oggetto della crisi.

Come si interfacciano tra loro queste tre realtà? I film western hanno coniato un termine adatto: è lo *stallo alla messicana*. Ci sono tre pistolieri in cerchio, ciascuno con un valido motivo per tenere sotto tiro gli altri due. Ciascuno allo stesso tempo controlla gli altri ed è con-

¹ In realtà le cose sono più complicate di così. La struttura di una storia affonda le sue radici in Aristotele, che la divideva in tre atti, ma le versioni successive hanno codificato almeno una decina di tappe fondamentali. A prescindere dalle divisioni, quello che ci importa capire è che le storie si muovono attraverso un *modello*.

trollato; nessuno fa la prima mossa, ed ecco che si verifica un equilibrio, uno stallo². Ma come tutti gli equilibri si può spezzare: questo è l'esordio della crisi, che può essere causata tanto da fattori interni (uno scandalo che coinvolge l'istituzione) quanto da quelli esterni (fattori ambientali, politici, casuali). Il racconto di una crisi avverrà soprattutto sui media: è con loro che raggiungerà il pubblico e avrà il potere di modificare, nel bene o nel male, la percezione che i cittadini avranno dell'istituzione. Per questo è fondamentale prendere le misure e calibrare bene le azioni. Le misure andranno prese al proprio interno, organizzando in anticipo la propria istituzione, ma andranno prese anche sui media, che vanno conosciuti bene per essere affrontati nel modo corretto.

12.2.2 Strumento 2: occhiali a raggi X, per vedere oltre le notizie

È importante fare una distinzione: nei media che l'istituzione deve affrontare ci sono sia la stampa (quotidiani, radio, televisioni ecc., dove le informazioni sono mediate da professionisti del settore), sia i social (dove pubblicano soprattutto singoli utenti senza particolari mediazioni). Ci sono tanti giornalisti che fanno un'ottima stampa, così come ci sono molte persone capaci di utilizzare i social in modo virtuoso. Ci sono però anche i lati opposti della medaglia, come in ogni cosa: noi ci focalizzeremo proprio su questi aspetti più negativi, perché è esplorando l'origine di certi difetti che potremo capire meglio come si evitano. Questo capitolo non è una critica ai media (non lo è), piuttosto è una critica agli errori che si possono trovare sui media.

L'imbutto delle informazioni

Quella che segue è una semplificazione brutale: la realtà è molto più complessa e sfaccettata. Nella stampa, a monte di tutto, c'è qualcuno che decide quali notizie vanno pubblicate e quali no. È giusto che sia così: non c'è abbastanza spazio per tutto, e non tutto è interessante allo stesso modo. Un giornale (ma il discorso è valido per tutti i media) avrà quindi scelto certe notizie e non altre, per seguire la propria linea editoriale, per insistere sui temi che ha più a cuore, oppure su notizie che gli porteranno più lettori. Il lettore ha ora in mano un quotidiano con delle notizie selezionate. Raramente le leggerà tutte: anzi, scorrerà i titoli e le immagini e darà attenzione a quelle che lo colpiranno di più. Qui entra in gioco il concetto di *filter bubble*: ciascuno di noi è circondato da una bolla invisibile in cui si concentrano soprattutto le nostre preferenze. Per questo, gli amanti della musica classica difficilmente leggeranno articoli di approfondimento sulla musica trap, mentre i giovani a cui piace il canto con l'autotune³ raramente si interesseranno alle notizie sulla prima della Scala. Ci sono troppe informazioni nel mondo: tendiamo quindi a scegliere (è una vera e propria selezione nella selezione) solo

² Non succede solo nei film: basti pensare alla Guerra fredda, alle potenze nazionali contrapposte, alla corsa agli armamenti e al sostanziale equilibrio precario che si viene a creare.

³ È una tecnica di manipolazione dell'audio studiata per mascherare le imperfezioni di intonazione nella voce cantata. Nel tempo è stata sempre più utilizzata per veri e propri effetti di distorsione, che fanno risultare la voce molto artificiosa. La prima canzone a introdurre l'autotune è stata *Believe* della cantante Cher.

quelle che ci colpiscono davvero, che sono cioè nella nostra *filter bubble*. Alcune di queste notizie saranno ulteriormente selezionate e diffuse dagli stessi lettori: per condividerle con gli amici, per informare i colleghi, per esprimere un'opinione sui social o mettere un «like». Per questo le notizie virali sono quelle più semplici, più trasversali e hanno un impatto su temi più popolari e ad ampia diffusione. A questo punto i media vedono un ritorno del loro lavoro: sono appena emerse alcune, poche, semplici notizie che hanno interessato tanti lettori. Per ottimizzare questa attenzione basta reinserire nell'imbuto delle informazioni, in cima, altre notizie che somigliano a questa. Ed ecco che, dopo qualche ciclo, la selezione può impoverirsi e l'informazione può barcollare: meglio una notizia coerente e corretta che non leggerà quasi nessuno, o una notizia leggera e ben raccontata che sarà sulla bocca di tutti?⁴ David Bowie cantava in *Space Oddity*: «Qui Torre di Controllo al Maggiore Tom, sei riuscito nell'impresa/e i giornali vogliono sapere che magliette indossi»⁵. Era il 1969. Non l'epoca di internet e dei social, ma l'epoca dell'uomo sulla Luna, era mezzo secolo fa: il concetto però è rimasto ancora quello.



Figura 12.1 – Un articolo dal quotidiano.

Fonte: la Repubblica, 5 settembre 2009.

Leggere i giornali ai raggi X

Cosa non va nella notizia in Figura 12.1? Il titolo usa parole forti: una città è «assediata» da un virus, eppure è morta una sola persona. Ci sono altri due casi (non si specifica quanto gravi): ma è comunque difficile immaginare un assedio. Ora guardiamo il sottotitolo: i medici spiegano che il virus «non ha causato direttamente il decesso». Eppure, precisa il giornale, vanno tutti al pronto soccorso: cosa peraltro assolutamente sbagliata da fare, se non per casi

⁴ È l'economia dei «like», che rappresenta la monetizzazione delle cose che piacciono a discapito di quelle che sono utili o di qualità.

⁵ In originale: «This is Ground Control to Major Tom, you've really made the grade/and the papers want to know whose shirts you wear».

gravi e motivati⁶. E ancora, guardiamo al titolo in cima: «Allarme influenza». L'intento di destare l'attenzione del lettore c'è tutto. Forse un po' prematuro: sbirciando bene a sinistra, la data è 5 settembre 2009, diversi mesi prima dei picchi influenzali (che di norma si verificano tra dicembre e gennaio).

In poche righe questa notizia solleva decine di temi sui meccanismi dell'informazione, sulla coerenza, sulla scientificità, sulla (mancata) attenzione a non propagare allarmi sociali. È noto che il fulcro di tante notizie ruota attorno a paura e vulnerabilità: salute e morte sono temi atavici di fronte ai quali siamo privi di difese. È noto anche che, nel cercare informazioni, siamo vittime di un'asimmetria negativa: tendiamo cioè a dare più credito e rilevanza alle cattive notizie piuttosto che a quelle buone⁷. In sostanza, nell'informazione tendiamo a cercare la conferma alle nostre angosce. L'imbuto delle informazioni lo sa, ed è fatto in modo da selezionare con cura queste informazioni⁸.

I silenzi e l'effetto Streisand

È utile ribadirlo, non tutta la stampa è così come l'abbiamo raccontata finora: stiamo estremizzando il discorso. Ma di certo è una situazione che esiste e che in certi frangenti diventa preponderante. Si sarebbe tentati di non immischiarsi nemmeno nella diffusione delle informazioni ai media, di restare in silenzio e pronunciare solo un «no comment». La verità è che i silenzi fanno male alla gestione di una crisi: perché, lo abbiamo visto, i media sono macchine del racconto che si muoveranno in ogni caso; se non avranno dettagli dal primo interessato è molto probabile che li prenderanno altrove. Non ne avremo il controllo, in sostanza: per questo è sempre importante dire qualcosa e prendere posizione se si è coinvolti in una crisi. Ma come dire le cose?

- 1) Rendendo accattivante quello che si vuole dire, ovvero: dirlo come farebbero i media, ma evitando i loro errori. Supponiamo che l'ospedale di Paperopoli sia il centro di riferimento nella regione del Calisota⁹ per la somministrazione di sofosbuvir nei pazienti con epatite C. Raccontata così non è una notizia, non buca l'attenzione dei lettori. Inoltre, non è scontato che la stampa abbia le conoscenze scientifiche per interpretarla correttamente. Potrebbe scrivere «Un farmaco a Paperopoli per guarire dall'epatite»: è accattivante, è grammaticalmente corretto, ma scientificamente no. Il sofosbuvir cura l'epatite C, non le altre epatiti; inoltre, anche se Paperopoli è il riferimento del Calisota, il farmaco è disponibile anche in altre Regioni: tutti fattori che potrebbero disorientare i lettori e i pazienti. Una versione migliore, che potrebbe diffondere l'Istituzione, è: «Da malattia incurabile a oltre 2700 pazienti

⁶ Se davvero ci fosse un'epidemia per una malattia infettiva, accalcarsi al pronto soccorso è il modo migliore per contagiarsi (se si è sani), o per contagiare qualcuno che sta già male (se si è infetti).

⁷ De Vincentiis, 20218.

⁸ Non è un caso che la cronaca nera abbia sempre uno spazio preponderante sui media.

⁹ Regione immaginaria dell'universo Disney, che fonde insieme i nomi di California e Minnesota. La sua capitale, inutile dirlo, è Paperopoli.

guariti in 3 anni. Ecco come si cura l'epatite C all'ospedale di Paperopoli». La differenza è che si racconta un problema (malattia incurabile) presentando subito la sua soluzione (2700 pazienti guariti) e spiegando bene dove avviene la magia (a Paperopoli). Ci sono tutti gli elementi di una storia ben raccontata.

- 2) Offrendo delle vie di fuga. Non basta dire che «L'enorme quantità di prove testimonia la sicurezza di X», perché lascia un fianco scoperto a eventuali critiche. È più opportuno aggiungere che «comunque, a scopo precauzionale, stiamo avviando ulteriori controlli»: la prudenza non è mai troppa, ed è importante far vedere di aver pensato proprio a tutto. Un esempio concreto? «È vero che l'obesità amplifica i rischi per la salute (risposta base). Ma è vero anche che perdere peso riduce ampiamente questi rischi (via di fuga)».
- 3) Manipolando i numeri. In senso buono, s'intende. Significa utilizzarli per il verso giusto: dire che l'1% delle persone contrae una certa malattia è (numericamente) uguale a dire che il 99% delle persone non si ammala: eppure il secondo numero è più rassicurante. Quando è possibile va scelto il numero che crea più vantaggio, e soprattutto che non scatena il panico nel lettore.

E poi c'è Barbra Streisand. Abbiamo detto che è sempre opportuno dichiarare qualcosa, per colmare dei vuoti pericolosi; ma come in tutte le cose ci sono delle eccezioni ed è importante conoscerle. Nel 2003 un fotografo scattò delle immagini delle coste californiane per documentarne l'erosione e le mise a disposizione del pubblico. L'attrice e cantante Barbra Streisand gli fece causa per 10 milioni di dollari, perché riconobbe in una foto la sua villa e la ritenne una violazione della propria privacy. Prima che l'attrice intentasse la causa nessuno sapeva quale fosse esattamente casa sua: le foto erano piuttosto generiche¹⁰. Inutile dirlo, il tentativo di proteggere la propria privacy scatenò l'effetto opposto: tutti i riflettori furono puntati sulla vicenda, e quella che fino a poco tempo prima era una delle tante ville sontuose della costa californiana divenne improvvisamente «la villa di Barbra Streisand». Ormai lo sapevano tutti. Da allora l'effetto Streisand fa parte dei meccanismi di diffusione delle notizie: è quando il tentativo di censurare un'informazione provoca l'effetto opposto, dandone la più ampia visibilità¹¹.

12.2.3 Strumento 3: la camomilla, per gestire la crisi senza andare in crisi

Ora che abbiamo visto come potrebbero funzionare i media (giova ripeterlo: i casi virtuosi non funzionano così) è il momento di chiederci: come facciamo a utilizzare tutto questo a nostro vantaggio?

Ci sono 5 passaggi da considerare.

¹⁰ L'immagine incriminata è consultabile nella pagina dedicata di Wikipedia: i riferimenti sono in bibliografia.

¹¹ Un altro tipico esempio è quello del libro di Michael Wolff, *Fire and Fury. Inside the Trump White House*. Durante la presidenza di Donald Trump negli USA, Wolff anticipò che avrebbe pubblicato un libro con diversi retroscena sul suo lavoro alla Casa Bianca. Trump cercò da subito di ostacolare il libro, che in quel momento non era neppure in vendita; sulla stampa, intanto, si scatenò un dibattito sulla censura e questo attirò ancor più l'attenzione sul volume. Appena il libro uscì vendette in un lampo 1,7 milioni di copie: il *Chicago Tribune* lo definì «uno dei libri che si sono venduti più in fretta degli ultimi anni».

Avere sempre un piano

Prima che si presenti una crisi è utile capire quali sono le criticità della propria organizzazione, vere o presunte; se conosciamo i possibili rischi saremo in grado di anticipare gli eventi avversi o perlomeno potremo preparare per tempo una contromossa efficace. Non tutti i rischi sono però prevedibili: per questo è indispensabile addestrare la propria organizzazione interna a reagire subito e bene.

È necessario formare i propri collaboratori a riconoscere problemi che potenzialmente contengono i sintomi di una crisi imminente; dovranno segnalarli costantemente ai propri responsabili, che a loro volta li segnaleranno (se opportuno) alla direzione, costituendo una vera e propria *catena di comando*. Meglio tante notifiche di «non problemi» piuttosto che mancare una notifica che poi si rivelerà fondamentale. La sensibilità dei collaboratori si sviluppa nel tempo, ci vuole allenamento: per questo è necessario pianificare in anticipo. È inoltre indispensabile sensibilizzare i collaboratori sulle regole per gestire la comunicazione nell'istituzione, sia in caso di crisi sia in periodi più tranquilli. È fondamentale avere un codice etico aziendale che contenga le regole su come comportarsi con i media e nella gestione di informazioni sensibili; e avere un regolamento per l'uso corretto dei social che, in sostanza, deve chiedere a ciascuno di separare nettamente la propria figura professionale da quella personale.

Infine, è necessario stabilire una *catena delle informazioni*: una volta capito che c'è un potenziale problema bisogna essere in grado di stabilire: a chi *chiedere* ulteriori dettagli, per esempio al primario coinvolto o al direttore delle professioni sanitarie e a chi *dare* ulteriori informazioni. Quasi sempre sarà al proprio ufficio stampa, che rielaborerà i dettagli e sceglierà la strategia migliore per comunicare all'esterno (nel caso sia opportuno farlo), in raccordo con la direzione.

Gestire l'evento

Se si verifica una crisi, la prima cosa da fare è (ovviamente) contenere il problema, mettere in sicurezza le persone e fare la conta dei possibili danni. Una volta stabilizzata la situazione è necessario mettere in atto il piano che si era preparato. Sarà fondamentale immaginare lo scenario peggiore, e sulla base di questo utilizzare la catena di comando e la catena delle informazioni per selezionare i dettagli da diffondere. Fondamentale sarà anche scegliere chi dovrà parlare ai media in caso di bisogno: può essere lo stesso direttore generale, ma anche un altro collaboratore che abbia più dimestichezza con il tema di quella particolare crisi. In ogni caso dovranno essere persone che conoscono i meccanismi dei media e le modalità più opportune di risposta, in modo da evitare dichiarazioni fraintendibili o che non riempiono a sufficienza i vuoti delle domande.

Rispettare il tempismo

Nel bel mezzo di una crisi si è concentrati sul contenere il problema e sul dirigere l'organizzazione. Ma non bisogna rimandare il momento della comunicazione, anzi: è necessario sia

una delle prime cose da mettere in campo, magari dando informazioni anche se non sono ancora state richieste. Un esempio? Se si sviluppa un incendio in un reparto e non si sono verificati danni, si potrebbe pensare di tacere la cosa perché trascurabile. Ma cosa accade se un paziente lì ricoverato diffonde sui social un video girato con il cellulare, e la situazione viene raccontata in un modo differente dalla realtà dei fatti? Meglio allora sia l'istituzione a raccontare da subito l'evento, in positivo: dicendo che c'è stato un piccolo incendio ma che tutto ha funzionato alla perfezione, che nessuno si è fatto male e non si è danneggiato niente o quasi. Se è questa la prima narrazione che si diffonde, tutto quello che ne seguirà sarà solo a corredo di una notizia già data.

Comunicare in modo efficace

La trasmissione delle informazioni utili e rilevanti deve essere fatta sia all'esterno, verso i media e i cittadini, sia all'interno, verso tutti i collaboratori. È importante comunicare sempre qualcosa, perché i vuoti saranno riempiti da altri e potrebbero aggravare una crisi sul fronte mediatico. È fondamentale inoltre dare sempre una via di fuga (vedi Strumento 2) nelle proprie risposte.

Lavorare sul lungo termine

Avere un piano è programmare *prima* di una crisi, qui invece parliamo di pianificazione post crisi. In questa fase è necessario aggiornare costantemente i media, continuare a monitorare nel tempo i danni che la crisi ha provocato (potrebbero essere diversi da quelli rilevati in prima battuta) e tenere sotto osservazione il flusso delle informazioni sui media, cercando di anticipare nuove domande e possibili sviluppi. Essere disponibili e trasparenti con i media durante una crisi è una grande opportunità per coltivare il rapporto nel tempo e per stabilire una fiducia reciproca: questo atteggiamento, quando possibile, è uno dei migliori investimenti per poter affrontare le crisi successive. I rapporti vanno coltivati anche al proprio interno: riuscire a costruire il giusto spirito di squadra con i collaboratori è uno dei modi migliori per ottimizzare i rapporti interpersonali, ma anche per affinare la catena di comando e la catena delle informazioni. Infine, servirà continuare a leggere i media ai raggi X, cercando sempre di immaginare il perché sono arrivati a scrivere le cose in un certo modo. Le informazioni così ricavate serviranno da base per completare la gestione della crisi in corso, ma saranno anche un ottimo allenamento per affinare il proprio piano preventivo, sempre pronto per l'inizio della prossima crisi.

Un'ultima cosa: nel caso la gestione della crisi non sia andata per il verso giusto, sarà necessario pianificare anche il modo di ricostruire l'immagine dell'istituzione e il rapporto con gli utenti. Sono scelte delicate e importanti, che non vanno prese alla leggera e che potrebbero essere messe in campo addirittura nelle fasi precedenti. Il discorso è molto articolato, ma la cosa fondamentale da sapere è: ricucire l'immagine e il rapporto con l'utenza è una crisi a sé. Bisogna quindi avere sempre un piano, gestire l'evento, rispettare il tempismo ecc.

12.2.4 Strumento 4: il megafono (per diffondere la comunicazione al meglio)

Finora abbiamo visto perché è importante comunicare e qual è il piano d'azione per farlo al meglio. Ma *come* bisogna comunicare, esattamente? Una comunicazione dovrebbe sempre essere:

Accessibile. Deve essere pubblicata sui canali ufficiali dell'istituzione, in modo da essere un riferimento sia per i media sia per i cittadini. Inoltre, può servire da confronto nel caso le versioni che circolano siano troppo manipolate e distorcano qualche dettaglio.

Comprensibile. Il linguaggio che usa deve essere adatto al pubblico più variegato: parole semplici, che spiegano sempre i termini più difficili, ma anche parole che rassicurano.

Coerente nel tempo. Le informazioni che vengono diffuse in momenti diversi non devono contraddirsi tra loro. Se la situazione evolve e quindi le informazioni da diffondere cambiano, è importante mantenere una certa coerenza con il passato: bisogna parlare, cioè, facendo capire che lo scenario è mutato e che i dettagli già diffusi non sono più aggiornati, ma che vanno sostituiti con quelli nuovi: altrimenti il rischio è quello di far convivere versioni differenti che possono generare confusione.

Tempestiva. Bisogna fare la prima mossa ogni volta che è possibile; bisogna comunicare subito e sempre qualcosa, per evitare di lasciare vuoti che verrebbero riempiti da altri.

Esaustiva. Se il nostro piano è preparato bene, e se abbiamo capito almeno un po' come funzionano i media, riusciremo a immaginare cosa ci chiederanno. Il suggerimento è quello di rispondere a tutte queste potenziali domande senza aspettare le domande: per esempio, può essere utile dire che «potrebbero esserci timori per quel particolare aspetto, ma al momento non ci sono elementi utili per dare una risposta esaustiva. Stiamo comunque approfondendo per venire a capo in tempi rapidi». È in sostanza una via di fuga, che ci permetterà di controllare almeno parzialmente i dubbi rimasti in sospeso.

Scientifica. Ogni volta che è possibile bisogna affidarsi ai concetti e ai numeri della scienza. Sono una solida base ben documentata, che proviene da un soggetto esterno (la comunità scientifica) e che può validare le nostre affermazioni. È anche un modo per dare serietà e valore alle proprie parole: se lo dice la scienza, con le conoscenze attuali, non può che essere così.

Altruistica. In qualsiasi fase della comunicazione si è spesso tentati di parlare di sé: ovvero di tenere a mente i propri scopi, i propri obiettivi e la propria immagine, e basare unicamente su questo le proprie dichiarazioni. In realtà bisogna sempre avere in mente soprat-

tutto i destinatari, che sono due: i media e i cittadini. Solo pensando a quello che vorrebbero sapere *loro*, intuendo quali sono i loro timori e le loro perplessità, possiamo scegliere accuratamente cosa dire, quando dirlo, come dirlo. Che poi, è il modo perfetto di comunicare nel bel mezzo di una crisi.

In sintesi

Nel fronteggiare una potenziale crisi è necessario chiedersi se questa coinvolgerà l'interesse dei media e dei cittadini, e agire di conseguenza. Ci sono tanti aspetti da considerare per decidere se divulgare una notizia, quando divulgarla, come divulgarla. Il *se* deriva principalmente dall'evitare la diffusione di notizie inesatte (o il panico) prima che la situazione sia sotto controllo, ma anche dal proteggere la reputazione dell'ente. Il *quando* dipende dal momento e dal modo in cui si viene a conoscenza dell'evento: questo rende necessaria la preparazione dei collaboratori, che non è scontato sappiano riconoscere cosa è una notizia e come vada raccontata. Il *come* deve invece considerare le conseguenze dell'evento sulla popolazione, le possibili evoluzioni, e il modo migliore per rassicurare gli utenti, proteggendo allo stesso tempo la reputazione dell'ente e informando nel modo corretto prima che escano notizie parziali o imprecise.

La comunicazione non è la prima cosa da attivare (bisogna stabilizzare la situazione di crisi!), ma è senz'altro la seconda: è un passaggio fondamentale e imprescindibile, che non si può improvvisare e che va pianificato nel tempo. La comunicazione, in generale, ha il compito di direzionare lo sguardo del cittadino (o del giornalista) secondo il proprio punto di vista. A volte è meglio aspettare che i tempi siano più tranquilli o più maturi, per comunicare qualcosa; altre volte è meglio giocare d'anticipo, prevenire domande ed essere trasparenti sin da subito. Costruire con i media un rapporto di fiducia reciproco è indispensabile, perché darà più affidabilità a ciò che diffonderà l'istituzione. Tutto questo nel rispetto delle professioni: non si può e non si deve impedire ai giornalisti di scrivere quello che pensano; li si deve mettere in condizione di avere accesso alle informazioni (almeno quelle divulgabili), perché siano liberi di scrivere sulla base di informazioni il più possibile complete, esaustive e chiare. Saper direzionare la conversazione, a volte saperla anticipare, ma soprattutto saperla supportare con chiarezza e trasparenza sono armi fondamentali per guidare la comunicazione, promuovere l'immagine di un'istituzione o permetterle di recuperare una credibilità magari offuscata da una crisi.

Ripasso

1. Cos'è una filter bubble?

- A. Una bolla in cui vengono intrappolati i contenuti online
- B. Il modo in cui gli editori scelgono le notizie da pubblicare
- C. Un ambiente virtuale costruito attraverso le proprie preferenze
- D. Un filtro attraverso cui scegliamo quello che ci piace online

2. Perché è importante sapere come scrivono i giornali?

- A. Per scovare eventuali errori
- B. Per essere ancora più aggiornati sulle ultime notizie
- C. Per sapere come controllare le fonti
- D. Per intercettare ciò che vogliono scrivere ed evitare di fare passi falsi

3. Come deve essere una comunicazione in caso di crisi?

- A. Accessibile, comprensibile, coerente, esaustiva
- B. Ponderata, riducendo i dettagli al minimo, con pochi dati
- C. Rigorosa, per evitare contenziosi e per attenersi al linguaggio dell'istituzione
- D. Essenziale, emozionale, adatta a propagarsi sui social

Riferimenti bibliografici

Alessio V. (2019), *Il management della comunicazione di crisi in sanità. Strategie e modelli operativi*, Tesi di Laurea.

Cher, *Believe*, <https://www.youtube.com/watch?v=nZXRv4MezEw>.

De Vincentiis M. (2018), *Comunicare l'emergenza. Crisis management: la gestione delle notizie che non si vorrebbero mai dare*, Centro di Documentazione Giornalistica, Roma.

Fumagalli A., Chiarulli R. (a cura di) (2018), *Poetica. Ad uso di sceneggiatori, scrittori e drammaturghi*, Dino Audino Editore, Roma.

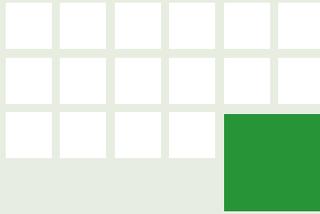
Italie H. (2018), «'Fire and Fury' could become one of the fastest selling nonfiction books in recent years», *Chicago Tribune*, <https://www.chicagotribune.com/entertainment/books/ct-fire-and-fury-sales-20180124-story.html> [ultima consultazione 9 agosto 2021].

Pariser E. (2011), *The Filter Bubble: What the Internet Is Hiding from You*, Penguin Press, New York.

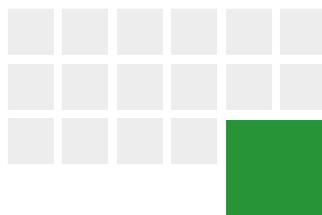
Policlinico di Milano, «Codice etico e di comportamento della Fondazione», <https://www.policlinico.mi.it/amministrazione_trasparente/1-disposizioni-general/atti-general/codice-disciplinare-e-codice-di-condotta> [ultima consultazione 9 agosto 2021].

Vogler C. (2010), *Il viaggio dell'eroe. La struttura del mito ad uso di scrittori di narrativa e di cinema*, Dino Audino Editore, Roma.

Wikipedia, *Effetto Streisand*, https://it.wikipedia.org/wiki/Effetto_Streisand, [ultima consultazione 7 agosto 2021].



Personale



13

Le relazioni sindacali e il nuovo sistema degli incarichi dirigenziali

e le altre principali novità del CCNL 19 dicembre 2019

Giuseppe Micale

13.1 Il nuovo Contratto collettivo della dirigenza sanitaria

L'ultimo Contratto della dirigenza medica e veterinaria era stato stipulato il lontano 6 maggio 2010 ed era relativo al biennio economico 2008-2009, oltre alla sequenza contrattuale dell'art. 28 del CCNL 17 ottobre 2008 (quadriennio 2006-2009), quando appunto i CCNL avevano una durata di 4 anni per la parte normativa e biennale per la parte economica.

La stagione contrattuale 2016-2018 approda alla definizione dopo questo lungo periodo durante il quale il settore sanità – come tutto il pubblico impiego – non ha avuto attività negoziale a causa delle norme che hanno disposto il blocco dei rinnovi contrattuali dal 2010 poi esteso fino al 2015.

La Corte Costituzionale, con la nota sentenza n. 178 del 24 giugno 2015, ha dichiarato la illegittimità costituzionale sopravvenuta del blocco dei contratti dei dipendenti pubblici dal giorno successivo alla pubblicazione della stessa in Gazzetta Ufficiale: la motivazione che porta a tale decisione consiste nella violazione dell'art. 39 della Costituzione e, in particolare, della libertà sindacale. Se da un lato le misure di contenimento previste dalle norme di finanza pubblica di quegli anni rispondevano all'esigenza di governare una voce molto rilevante della spesa pubblica, dall'altro le esigenze del bilancio dello Stato limitavano largamente l'esercizio del diritto alla libertà sindacale.

A seguito di varie riforme del Testo unico del pubblico impiego (D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165), prima da parte del Ministro Brunetta (D.lgs.150 del 2009) e poi della Ministra Madia (in particolare i D.lgs. nn. 74 e 75 del 2017), i rapporti di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche sono disciplinati dal libro V, titolo II del codice civile, dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa, fatte salve le disposizioni del Testo unico citato che costi-

tuiscono disposizioni a carattere imperativo, oltre che principi fondamentali ai sensi dell'art. 117 della Costituzione.

Pertanto, la contrattazione collettiva disciplina il rapporto di lavoro e le relazioni sindacali: essa è consentita nei limiti previsti dalle norme di legge nelle materie relative alle sanzioni disciplinari, alla valutazione delle prestazioni ai fini della corresponsione del trattamento accessorio e della mobilità. Risultano escluse dalla contrattazione collettiva le materie attinenti all'organizzazione degli uffici, quelle oggetto di partecipazione sindacale, quelle afferenti alle prerogative dirigenziali (art. 5 comma 2 e artt. 15 e 17 del Testo unico) e la materia del conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, oltre ad alcune materie da sempre escluse dalla contrattualizzazione (responsabilità giuridiche dei singoli operatori nell'espletamento di procedure amministrative, i procedimenti di selezione per l'accesso al lavoro, la disciplina della responsabilità e delle incompatibilità tra l'impiego pubblico e altre attività quali i casi di divieto di cumulo di impieghi e di incarichi pubblici).

La contrattazione si articola su due livelli, nazionale e integrativa aziendale. I relativi Contratti nazionali o integrativi hanno una durata di 3 anni, uguale per la parte giuridica ed economica e tale disposizione si è realizzata proprio con il triennio 2016-2018 del quale stiamo trattando.

Rispetto alle precedenti 11 aree negoziali con altrettanti comparti, il CCNQ del 13 luglio 2016 individua 4 comparti di contrattazione collettiva nazionale, come peraltro previsto dall'art. 40 comma 2 del Testo unico del pubblico impiego:

- Funzioni centrali;
- Funzioni locali;
- Istruzione e ricerca;
- Sanità.

La suddivisione è uguale per le corrispondenti aree della dirigenza, con la differenza che la dirigenza PTA (professionale, tecnica e amministrativa viene inserita – almeno per il triennio 2016-18 – con la dirigenza delle Funzioni locali in apposita sezione rubricata dirigenti amministrativi, tecnici e professionali.

13.1.1 Contratto della dirigenza sanitaria: campo di applicazione, durata, tempi e decorrenze

L'ipotesi di CCNL era stata sottoscritta il 24 luglio 2019 e riguardava, come anticipato, il triennio 2016-18, sia per la parte giuridica che economica. Il CCNL definitivo è stato sottoscritto il 19 dicembre 2019 e pubblicato sulla G.U. del 28 gennaio 2020, quindi a triennio di validità ampiamente scaduto.

Si applica ai dirigenti medici, veterinari, sanitari (biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi) e delle professioni sanitarie (infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della pre-

venzione e della professione ostetrica) con rapporto di lavoro subordinato (tempo indeterminato e determinato) dipendenti di tutte le aziende ed enti del comparto sanità: si tratta di oltre 122.000 dirigenti su scala nazionale, che appartengono a diversi profili. Di questi, circa 110.000, sono dirigenti medici, il cui numero – dopo un inesorabile trend in discesa fino al 2019 – è giunto a un minimo nel corso del 2020 per le impellenti necessità di personale medico e sanitario per far fronte all'emergenza pandemica.

In Lombardia, a inizio 2019, si contavano quasi 19.000 dirigenti sanitari suddivisi tra le 27 ASST (15.400 circa), le 8 ATS (1300 circa), gli IRCSS di diritto pubblico (1800 circa) e personale universitario con affidamento di funzioni assistenziali (poco più di 400).

SETTEMBRE 2020			2020	
CATEG_CONTRATTUALE - MACROPROFILI PER FTE			1 DIPENDENTE	
ENTE PP	AREA CONTRUATTALE	RAGGRUPPAMENTO PROFILI	ATTIVI	
PUBBLICO	DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA	Dirigenza medica	15.685	
		Dirigenza veterinaria	588	
	SOTTOTOTALE: DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA			16.273
	DIRIGENZA S.P.T.A.	Dirigenza professionale	193	
		Dirigenza amministrativa	425	
		Dirigenza tecnica	68	
		Dirigenza sanitaria	1.880	
		Dirigenza delle professioni sanitarie	88	
	SOTTOTOTALE: DIRIGENZA S.P.T.A.			2.654
	COMPARTO	Assistenti sociali	882	
		Personale ruolo tecnico non sanitario	7.338	
		Personale ruolo tecnico sanitario - ota - oss	9.685	
		Personale ruolo ausiliario specializzato	1.793	
		Personale amministrativo	11.558	
		Assistente religioso	36	
		Personale ricerca sanitaria	461	
		Personale infermieristico	40.099	
		Personale tecnico sanitario	5.617	
		Personale vigil. Ispezione	1.853	
	Personale della riabilitazione	3.415		
SOTTOTOTALE: COMPARTO			82.737	
TOTALE			101.664	

Tabella 13.1 – Il personale dipendente del sistema sanitario lombardo.

Fonte: Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare – UO Personale, Professioni del SSR e Sistema Universitario.

IL PERSONALE UNIVERSITARIO CON FUNZIONI ASSISTENZIALI IN LOMBARDIA AL 30 GIUGNO 2018 - FTE												
Personale Universitario Convenzionato	Convenzionato Universitario a tempo indeterminato				Convenzionato Universitario a tempo determinato				Convenzionato Universitario a tempo indeterminato e determinato			
	ATS	ASST	IRCCS	totale	ATS	ASST	IRCCS	totale	ATS	ASST	IRCCS	totale
Personale infermieristico	-	4,00	-	4,00	-	-	-	-	-	4,00	-	4,00
Personale tecnico sanitario	-	8,85	-	8,85	-	-	-	-	-	8,85	-	8,85
Personale vigil. Ispezione	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale della riabilitazione	-	1,00	-	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	1,00
Assistenti sociali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale amministrativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale ruolo tecnico sanitario ota/oss	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale ruolo tecnico non sanitario	-	1,00	-	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	1,00
Personale ruolo tecnico atipico (ex esacri)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale ausiliario specializzato serv. Assistenziali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personale ausiliario specializzato serv. Economici	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Assistente religioso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	-	14,85	-	14,85	-	-	-	-	-	14,85	-	14,85
Dirigenza medica	-	232,50	116,00	348,50	-	21,50	5,00	26,50	-	254,00	121,00	375,00
Dirigenza veterinaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dirigenza sanitaria/ dirigenza sitra	-	13,00	4,00	17,00	-	1,00	-	1,00	-	13,00	4,00	18,00
Dirigenza professionale tecnica	-	0,50	-	0,50	-	-	-	-	-	0,50	-	0,50
Dirigenza amministrativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altro personale (ex medici condotti)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE AREA DIRIGENZA	-	246,00	120,00	366,00	-	22,50	5,00	27,00	-	268,50	125,00	393,50
TOTALE COMPLESSIVO	-	260,85	120,00	380,85	-	22,50	5,00	27,50	-	283,35	125,00	408,35

Tabella 13.2 – Il personale universitario con funzioni assistenziali in Lombardia.

Fonte: Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare – UO Personale, Professioni del SSR e Sistema Universitario.

13.2 Le relazioni sindacali – art. 3

Il nuovo CCNL della dirigenza sanitaria, analogamente a quello del comparto sanità stipulato il 21 maggio 2018, opera una revisione complessiva della disciplina, articolata sui seguenti modelli relazionali.

Partecipazione, finalizzata a instaurare forme costruttive di dialogo su atti e decisioni di valenza generale, in materia di organizzazione o aventi riflessi sul rapporto di lavoro.

Contrattazione integrativa, non decentrata e diretta alla sottoscrizione di un Contratto collettivo integrativo, di durata triennale, su determinate materie.

Viene confermata inoltre la possibilità da parte della Regione di emanare linee di indirizzo sulla CCIA, su determinate materie, previo confronto con le OO.SS. firmatarie del CCNL.

I nuovi modelli relazionali modificano il momento della partecipazione che, prima di questo CCNL, si distingueva in informazione, consultazione, concertazione, oltre alla contrattazione.

A conferma delle modalità relazionali innovative, l'art. 10 del CCNL del 19 dicembre 2019 dichiara espressamente che cessano di avere efficacia e sono pertanto disapplicate tutte le disposizioni in materia di relazioni sindacali ovunque previste nei precedenti CCNL.



Figura 13.1 – Il sistema di Relazioni sindacali.

Fonte: slide materiale didattico di Renzo Alessi.

13.2.1 Le forme della partecipazione – artt. 4-5

Il modello relazionale della partecipazione è finalizzato a instaurare forme costruttive di dialogo tra le parti, su atti e decisioni di valenza generale delle aziende relativamente alle mate-

rie inerenti all'organizzazione dei servizi e al rapporto di lavoro. Rientrano in tale modalità di relazione l'informazione, il confronto e l'organismo paritetico.

L'informazione costituisce il presupposto per il corretto esercizio delle relazioni sindacali e dei suoi strumenti. Consiste nella trasmissione di dati ed elementi conoscitivi, da parte dell'azienda ai soggetti sindacali, al fine di consentire loro di prendere conoscenza della questione trattata e di esaminarla. Essa avviene su tutte le materie oggetto di confronto e di CCA (rappresentando il presupposto per la loro attivazione), nonché per le materie per le quali l'informazione sia prevista da disposizioni di legge.

Il confronto consente di instaurare un dialogo approfondito su determinate materie, al fine di consentire alle OO.SS. di esprimere valutazioni esaustive e di partecipare costruttivamente alla definizione delle misure che l'azienda intende adottare. Si attiva se, entro 10 giorni dall'informazione, venga richiesto dai soggetti sindacali, e si svolge per un periodo non superiore a 30 giorni. Al termine è redatta una sintesi dei lavori e delle posizioni emerse. Il confronto può anche essere proposto dall'azienda contestualmente all'invio dell'informazione.

Le materie principali oggetto di confronto sono:

- criteri generali relativi all'articolazione dell'orario di lavoro;
- criteri generali sui sistemi di valutazione professionale e dei sistemi di valutazione della performance;
- criteri generali per la graduazione delle posizioni dirigenziali e per il conferimento/mutamento/revoca degli incarichi dirigenziali;
- criteri generali di priorità per la mobilità tra sedi di lavoro dell'azienda o tra aziende, nei casi di utilizzazione di dirigenti nell'ambito di processi associativi;
- condizioni, requisiti e limiti per il ricorso alla risoluzione consensuale.

13.2.2 Organismo paritetico – art. 6 bis

Questo organismo ha natura consultiva, con il compito di analizzare, ideare, esprimere pareri su progetti o programmi che possono essere presentati dall'azienda, dalle singole organizzazioni sindacali o da gruppi di lavoratori.

L'organismo paritetico ha una composizione paritetica, realizza una modalità relazionale consultiva per il coinvolgimento delle OO.SS. su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo, in particolare con riferimento a:

- formazione manageriale e formazione continua;
- lavoro agile e conciliazione vita-lavoro;
- prevenzione e riduzione del rischio clinico di cui alla legge Gelli n.24 del 2017;

- salute e sicurezza sul lavoro anche con riferimento alle aggressioni subite in servizio dal personale: al riguardo è in vigore dal 24 settembre 2020 la legge 14 agosto 2020, n. 113 che contiene «Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni»;
- programmazione dei servizi di emergenza, in particolare di pronta disponibilità e di guardia, valutando l'esonerabilità dalle guardie del personale con età anagrafica maggiore di 62 anni, nonché l'estensione del servizio di pronta disponibilità a turni diversi da quelli notturni e festivi.

L'organismo paritetico si riunisce almeno due volte l'anno e con cadenza semestrale riceve dall'azienda informazione sugli andamenti occupazionali, sui contratti a tempo determinato, sui tassi di assenza del personale.

13.2.3 Confronto regionale – art. 6

Nel modello contrattuale attuale, la Regione, per il personale dipendente del SSR, fornisce direttive all'ARAN mediante il Comitato di Settore, il quale è un organismo della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome.

Con il CCNL in commento è stato introdotto un momento di partecipazione, definito «confronto regionale», quale facoltà di intervento della Regione nei confronti delle proprie aziende sanitarie con l'emanazione di linee di indirizzo per lo svolgimento della contrattazione integrativa aziendale le quali assumono un'applicazione vincolata, ove vengano emanate, per le aziende sanitarie destinatarie.

Tali linee generali di indirizzo confermano il precedente ruolo di coordinamento regionale sulla CCIA, da esercitare, previo confronto con le OO.SS. firmatarie e mediante linee di indirizzo alle aziende o enti, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del CCNL su otto materie relative a:

- metodologie di utilizzo da parte delle aziende di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica, quali incrementi stabili dei fondi per la retribuzione degli incarichi (art. 94 comma 3 lettera c), per la retribuzione di risultato (art. 95 comma 3 lettera b) e per la retribuzione delle condizioni di lavoro (art. 96 comma 3 lettera b);
- linee di indirizzo in materia prestazioni aggiuntive del personale di cui all'art. 115 comma 2, cioè le prestazioni aggiuntive richieste, in via eccezionale e temporanea, dalle aziende sanitarie ai propri dirigenti sanitari allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive;
- criteri generali dei sistemi di valutazione professionale e di performance dei dirigenti;
- criteri generali per l'inserimento nei regolamenti aziendali sulla libera professione di norme idonee a garantire che l'esercizio della libera professione sia modulato in coerenza con le vigenti norme di legge in materia;

- criteri generali per la determinazione della tariffa percentuale di cui all'art. 116 comma 2 lettera i), cioè per il fondo perequazione – già introdotto dall'art. 5 comma 2 lettera e) del DPCM 27 marzo 2000 – per quelle discipline sanitarie che hanno una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria, con l'individuazione delle relative discipline;
- indicazioni in tema di art. 16 comma 5 del precedente CCNL 6 maggio 2010, relativamente alle aspettative per motivi di assistenza umanitaria, all'emergenza e alla cooperazione;
- indirizzi sui riconoscimenti connessi allo svolgimento dell'attività didattica e di tutoraggio nell'ambito della formazione specialistica del personale destinatario del CCNL 19 dicembre 2019 e secondo quanto previsto dal D.lgs. 368 del 1999 SMI;
- criteri di allocazione delle risorse che finanziano il salario accessorio previste da specifiche norme di legge, per le quali è necessario l'intervento regionale e che tengano anche conto della perequazione e compensazione a livello regionale.

Il confronto in sede regionale valuta inoltre – sotto il profilo delle diverse implicazioni normative e contrattuali – le problematiche connesse al lavoro precario e ai processi di stabilizzazione, tenuto conto della garanzia di continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), in relazione alla scadenza dei contratti a termine.

13.2.4 La contrattazione collettiva integrativa – art. 7

Il CCNL prevede le procedure e le materie sulle quali è richiesto un intervento «integrativo» del secondo livello negoziale da parte dei soggetti della contrattazione aziendale.

Fermo restando il vincolo di spesa e delle materie da trattare, la negoziazione aziendale è libera di agire e di orientarsi per il raggiungimento di un efficace equilibrio tra gli interessi delle parti: per favorire questo modello di relazione, il CCNL prevede che la contrattazione di secondo livello affronti possibilmente in un'unica sessione tutti i temi, definendo una tempistica innovativa.

Tale contrattazione si svolge tra le delegazioni di parte datoriale e la delegazione sindacale (RSA e rappresentanti territoriali delle OO.SS. firmatarie del CCNL 19 dicembre 2019)

Le materie sono elencate all'art. 7, comma 5. Tra queste:

- i criteri di ripartizione delle risorse disponibili per la CCIA, tra le diverse modalità di utilizzo all'interno dei fondi contrattuali per la retribuzione degli incarichi, per la retribuzione di risultato e per la retribuzione delle condizioni di lavoro (rispettivamente gli artt. 94, 95 e 96 del CCNL);
- i criteri generali per le modalità di attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato correlata alla performance organizzativa e individuale, tenendo conto di quanto previ-

sto dall'art.93 comma 8 e 9 (retribuzione di risultato e relativa differenziazione) nonché dall'art. 95 comma 10: queste disposizioni prevedono che ai dirigenti che conseguono le valutazioni più elevate viene attribuita una maggiorazione della retribuzione di risultato aggiuntiva alla quota di detto premio attribuita al dirigente valutato positivamente sulla base dei criteri selettivi. Tale maggiorazione – definita appunto in contrattazione integrativa – non può essere inferiore al 30% al valore medio pro-capite della retribuzione di risultato attribuita ai dirigenti valutati positivamente. L'art. 95 comma 10 prevede, invece, che alla retribuzione di risultato – in sede di contrattazione integrativa aziendale – deve essere destinato un importo non inferiore al 70% delle risorse annualmente disponibili a valere sul relativo fondo;

- l'attribuzione dei trattamenti accessori per i quali specifiche leggi operino un rinvio alla contrattazione collettiva;
- i criteri generali per la definizione dell'atto sulla libera professione intramuraria nel rispetto delle linee di indirizzo regionali, nonché l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti sanitari interessati e degli altri ruoli professionale, tecnico ed amministrativo (artt. 114 e 116 del CCNL);
- eventuale elevazione del valore della indennità di pronta disponibilità e di lavoro notturno, con onere a carico del fondo ex art. 96 per la retribuzione delle condizioni di lavoro;
- individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati da ciascuna giornata di sciopero, ai sensi della legge 146 del 1990 e secondo quanto previsto dall'accordo sulle norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali relativi all'area dirigenziale;
- i criteri per individuare fasce temporali di flessibilità oraria in entrata/uscita al fine di favorire una maggiore conciliazione fra vita lavorativa e vita familiare, compatibilmente con le esigenze di funzionalità dei servizi;
- i riflessi sulla qualità del lavoro e sulla professionalità delle innovazioni inerenti all'organizzazione dei servizi;
- i criteri generali per l'attivazione dei piani di welfare integrativo di cui all'art. 80 bis del CCNL, che sarà visto infra;
- elevazione del contingente complessivo dei rapporti a impegno ridotto, ai sensi dell'art. 110 del CCNL (dal 3% al max7%).

Come previsto dall'art. 40 comma 3-quinquies del Testo unico del pubblico impiego (D.lgs. 165/2001 SMI), i Contratti collettivi integrativi non possono essere in contrasto con i vincoli e con i limiti risultanti dai CCNL o che disciplinano materie non espressamente delegate a tale livello negoziale ovvero che comportano oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione.

Nei casi di violazione dei vincoli e limiti di competenza imposti dalla contrattazione nazionale o dalle norme di legge, le clausole sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice civile.

L'elenco che segue riepiloga in sintesi le materie di contrattazione aziendale e quelle oggetto di confronto, per esempio in ATS Milano, la sessione negoziale del CIA era iniziata a febbraio 2020 ma è stata sospesa per l'emergenza pandemica quando erano stati definiti solo i sottoindicati punti 1, 2 e 4 delle materie di contrattazione:

Materie di contrattazione:

- protocollo delle relazioni sindacali;
- accordo servizi minimi essenziali in caso di sciopero;
- criteri per la determinazione della retribuzione di risultato;
- elevazione indennità pronta disponibilità;
- criteri di utilizzo delle risorse dei fondi contrattuali;
- rapporti di lavoro a impegno ridotto;
- criteri generali per la libera professione.

Materie di confronto:

- criteri generali sull'orario di lavoro;
- criteri generali relativi al sistema di valutazione;
- criteri generali di graduazione delle posizioni dirigenziali;
- criteri per il conferimento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali.

13.2.5 Welfare integrativo – art. 80-bis

Come anticipato esaminando le materie oggetto di contrattazione aziendale, le aziende sanitarie disciplinano in sede di contrattazione integrativa la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale a favore dei propri dirigenti, tra i quali:

- iniziative di sostegno al reddito della famiglia (sussidi o rimborsi);
- supporto all'istruzione e promozione del merito dei figli;
- contributi a favore di attività culturali, ricreative o sociali;
- prestiti a favore di dirigenti in difficoltà ad accedere ai canali del credito bancario o che si trovino nella necessità di affrontare spese non differibili.

Gli oneri per la concessione dei suddetti benefici sono sostenuti mediante utilizzo di una quota parte del Fondo per la retribuzione di risultato di cui all'art. 95 del CCNL.

13.2.6 Tempi e procedure di contrattazione integrativa – art. 8

Il periodo di validità del contratto integrativo è stabilito in tre anni, in modo corrispondente a quello del tavolo nazionale: la novità è evidente poiché fino ad adesso il CCNL aveva una validità quadriennale per la parte giuridico-normativa e biennale per la parte economica.

Il contratto integrativo triennale conserva la propria efficacia fino alla stipula di quello successivo.

La durata triennale si riferisce all'insieme delle materie da trattare possibilmente in un'unica sessione, mentre si prevedono sessioni annuali per la gestione del salario accessorio e dei fondi contrattuali di cui agli articoli 94 (retribuzione degli incarichi), 95 (retribuzione di risultato) e 96 (retribuzione delle condizioni di lavoro).

L'azienda sanitaria deve costituire la propria delegazione trattante di parte pubblica entro 30 giorni dalla stipula del CCNL. Successivamente, l'azienda convoca i soggetti sindacali per l'avvio del negoziato entro 30 giorni dalla presentazione delle piattaforme. Decorso trenta giorni dall'inizio delle trattative – eventualmente prorogabili di ulteriori 30 giorni – senza che si sia raggiunto l'accordo, le parti riassumono le rispettive prerogative e libertà di iniziativa e di decisione sulle materie di cui all'art. 7 comma 5, lettere d), g), h), i), j), k), che riguardano:

- lettera d) I criteri generali per la definizione dell'atto sulla libera professione intramuraria nel rispetto delle linee di indirizzo regionali, nonché l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti sanitari interessati e degli altri ruoli professionale, tecnico e amministrativo (articoli 114 e 116 del CCNL);
- lettera g) Individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati da ciascuna giornata di sciopero, ai sensi della legge 146 del 1990 e secondo quanto previsto dall'accordo sulle norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali relativi all'area dirigenziale;
- lettera h) I criteri per individuare fasce temporali di flessibilità oraria in entrata/uscita al fine di favorire una maggiore conciliazione fra vita lavorativa e vita familiare, compatibilmente con le esigenze di funzionalità dei servizi;
- lettera i) I riflessi sulla qualità del lavoro e sulla professionalità delle innovazioni inerenti l'organizzazione dei servizi;
- lettera j) I criteri generali per l'attivazione dei piani di welfare integrativo di cui all'art. 80-bis del CCNL (cfr. 1.2.7);
- lettera k) Elevazione del contingente complessivo dei rapporti a impegno ridotto, ai sensi dell'art. 110 del CCNL (dal 3% al max7%).

Qualora l'accordo non sia raggiunto sulle materie di cui all'art. 7 comma 5 lettere a), b), c), e), f) e il protrarsi delle trattative determini un oggettivo pregiudizio alla funzionalità dell'azione amministrativa, l'azienda sanitaria può provvedere – nel rispetto dei principi di comportamento di cui all'art. 9 (principio di responsabilità, di correttezza, di buona fede e trasparenza dei comportamenti) – in via provvisoria sulle materie oggetto del mancato accordo fino alla successiva sottoscrizione a proseguire le trattative al fine di pervenire in tempi celeri alla conclusione dell'accordo.

Il termine minimo delle sessioni negoziali di cui all'art. 40 comma 3-ter del Testo unico del pubblico impiego è di 45 giorni, eventualmente prorogabili di ulteriori 45. Tali sessioni ex art. 40 comma 3 ter sopracitato riguardano i casi nei quali non si raggiunga l'accordo tra le parti contrattuali sulle materie che possono pregiudicare il funzionamento della macchina aziendale e cioè le seguenti fattispecie previste dall'art. 7 comma 5 del CCNL:

- lettera a) I criteri di ripartizione delle risorse disponibili per la CCIA, tra le diverse modalità di utilizzo all'interno dei fondi contrattuali per la retribuzione degli incarichi, per la retribuzione di risultato e per la retribuzione delle condizioni di lavoro (rispettivamente gli articoli 94, 95 e 96 del CCNL):
- lettera b) I criteri generali per le modalità di attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato correlata alla performance organizzativa e individuale;
- lettera c) L'attribuzione dei trattamenti accessori per i quali specifiche leggi operino un rinvio alla contrattazione collettiva;
- lettere e) e f) Eventuale elevazione del valore della indennità di pronta disponibilità e di lavoro notturno, con onere a carico del fondo ex art. 96 per la retribuzione delle condizioni di lavoro.

Questa puntuale definizione delle procedure con cui si esplica la contrattazione aziendale integrativa è necessaria perché influisce sulle scelte e sulle azioni dei singoli soggetti negoziali.

Il CCNL prevede una diversa tempistica della negoziazione ove si tratta di materie di carattere generale (30 giorni) o di materie relative al funzionamento dell'apparato aziendale (45 giorni).

Raggiunta l'ipotesi di accordo integrativo, la parte datoriale ha l'obbligo di trasmetterla – entro dieci giorni dalla stipulazione – unitamente alla relazione illustrativa e tecnico finanziaria al collegio sindacale, che deve verificare che gli oneri derivanti dall'applicazione delle clausole del CCIA siano coerenti con i vincoli posti dal Contratto nazionale e con il bilancio aziendale.

Trascorsi 15 giorni senza rilievi, l'ipotesi di contratto viene sottoscritta.

In caso di rilievi da parte dell'organo di controllo, l'azienda deve fornire i chiarimenti al collegio sindacale e, se questo non li ritenesse sufficienti, riconvoca entro 5 giorni il tavolo negoziale.

L'ipotesi di contratto integrativo, dopo la valutazione positiva del collegio sindacale in sede di controllo, acquista efficacia solo a seguito della definitiva sottoscrizione da parte della delegazione di parte pubblica e da parte della delegazione sindacale.

Entro i 5 giorni successivi alla sottoscrizione definitiva, l'azienda sanitaria deve trasmettere il CCIA all'ARAN.

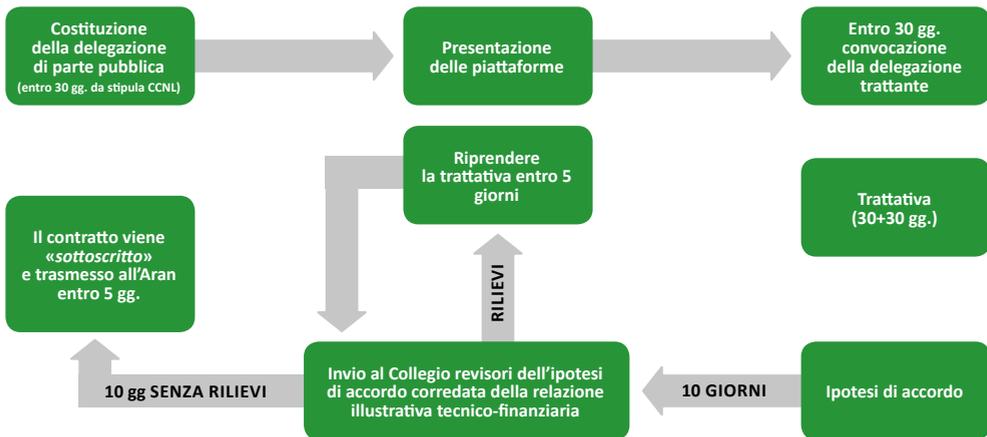


Figura 13.2 – Schema sintetico della contrattazione integrativa aziendale.

Fonte: Webinar Fasio 31 ottobre 2019 «Il nuovo CCNL della Dirigenza Sanitaria. Relazioni Sindacali e Fonti contrattuali» – slide a cura di Sara Andreani e Antonio Cascio.

13.2.7 Relazioni sindacali e Contratto collettivo nazionale quadro

Il sistema delle relazioni sindacali è improntato a principi di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti ed è orientato alla prevenzione dei conflitti.

Pertanto, entro il primo mese del negoziato relativo alla contrattazione integrativa e durante il confronto le parti non assumono iniziative unilaterali sulle materie oggetto dello stesso; compiono inoltre ogni ragionevole sforzo per raggiungere l'accordo nelle materie demandate.

L'art. 10 del nuovo CCNL della dirigenza sanitaria, analogamente a quanto avviene anche nel contratto del personale del comparto sanità, disapplica la generalità delle disposizioni sulle relazioni sindacali ovunque previste nei precedenti CCNL di area. Questa disapplicazione riguarda esclusivamente il modello di relazioni sindacali e non le prerogative sindacali che – trattandosi di materia trasversale a tutti i settori della pubblica amministrazione – sono invece disciplinate dal Contratto collettivo nazionale quadro del 4 dicembre 2017. In tale CCNQ, l'ARAN e le Confederazioni sindacali maggiormente rappresentative hanno definito i comparti di contrattazione e hanno disciplinato i diritti sindacali.

In particolare, il diritto all'assemblea, di affissione, di utilizzo di locali idonei. Il diritto all'assemblea, per esempio, viene definito in 10 ore annue, salvo norme di miglior favore contenute nei CCNL, che nel caso del Contratto dei dirigenti sanitari e del personale del comparto non si verifica.

Il CCNQ definisce anche il concetto di dirigente sindacale, della sua tutela e la titolarità delle prerogative sindacali, disciplina i distacchi, i permessi e le aspettative sindacali, nonché i rapporti tra associazioni sindacali e RSU e i criteri e la procedura per la definizione della rappresentatività di una organizzazione sindacale.

13.3 Il sistema degli incarichi dirigenziali (artt. 17-23 CCNL 19 dicembre 2019)

Il nuovo CCNL ha avuto il compito di definire le nuove tipologie di incarico, secondo il percorso gestionale o professionale, inserendo anche nella nuova area della dirigenza sanitaria i profili sanitari della precedente Area III (dirigenza SPTA, sanitaria professionale tecnica e amministrativa), nonché il profilo del dirigente delle professioni sanitarie, che peraltro registra, attualmente, una presenza non omogenea nei vari sistemi sanitari regionali.

Il CCNL ha stabilito che:

- la carriera del dirigente si sviluppa attraverso percorsi sia orientati sul versante prevalentemente gestionale, che su quello prevalentemente professionale, percorsi tra loro permeabili;
- gli incarichi di tipo prevalentemente gestionale si caratterizzano per la maggiore responsabilità di gestione di risorse umane, finanziarie, tecniche o strumentali;
- gli incarichi di tipo prevalentemente professionale si connotano per la professionalità, competenza e specializzazione del professionista nell'esecuzione della prestazione sanitaria;
- nell'ambito della graduazione aziendale degli incarichi le due tipologie di incarico, in quanto manifestazione di attribuzioni diverse, ma di pari dignità e importanza, possono raggiungere una corrispondente valorizzazione economica, nel quadro della graduazione degli incarichi prevista a livello aziendale.

Una rilevante novità è contenuta all'art. 18 comma 4 del CCNL, ai fini del calcolo dell'esperienza professionale necessaria per il conferimento dell'incarico: per la prima volta si prevede che i periodi presi in considerazione sono quelli maturati con incarico dirigenziale «con o senza soluzione di continuità» e non più quelli senza soluzione di continuità. Si considerano anche i periodi a tempo determinato presso altre aziende o enti del comparto, indicate nel CCNQ, nonché – ai sensi dell'art. 16 comma 6 del CCNL 6 maggio 2010 – anche i periodi relativi ad attività sanitarie e professionali effettuate con incarico dirigenziale o equivalente alle funzioni dirigenziali in ospedali o strutture pubbliche dei Paesi dell'Unione Europea.

Dal punto di vista della gestione aziendale il riesame dei periodi di servizio presenti nelle banche dati comporta una ulteriore procedura per l'attribuzione degli incarichi, la cui attribuzione – a seguito della modifica del calcolo dell'anzianità – viene anticipata.

La stessa rilevante novità viene disposta dall'art. 89 comma 2 del CCNL 19 dicembre 2019 per i periodi di rapporto di lavoro – quale dirigente sanitario – utili per il calcolo dell'anzianità ai fini della retribuzione di esclusività: adesso possono essere maturati anch'essi «con o senza soluzione di continuità».

In tema di conferimento incarichi, il CCNL della dirigenza sanitaria modifica la durata degli incarichi: l'art. 19 comma 4 stabilisce una durata non inferiore a 5 e non superiore a 7 anni, come previsto dalla legge per gli incarichi di struttura complessa. In precedenza, il range era da 3 a 5 anni in sintonia con quanto previsto dall'art. 15-ter del D.lgs. 502/1992 SMI.

Si pone, pertanto, un tema di armonizzazione tra legge e CCNL.

L'art. 19 comma 4 precisa che comunque l'incarico professionale di base ha durata non superiore a 5 anni e che, in ogni caso, la durata dell'incarico può essere inferiore se coincide con il conseguimento del limite di età per il collocamento a riposo del dirigente interessato.

13.3.1 Tipologie di incarico – art. 18

Le tipologie di incarichi conferibili ai dirigenti sanitari – che completano e sostituiscono quanto disposto per 20 anni dall'art. 27 del CCNL 8 giugno 2000 – sono le seguenti:

Incarichi gestionali:

- incarico di direzione di struttura complessa;
- incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale;
- incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa.

Altri incarichi gestionali:

- direttore di dipartimento: conferibile solo ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento ed è remunerato con specifica maggiorazione della retribuzione di posizione (dal 30% al 50% del valore massimo della retribuzione di posizione, a carico del bilancio aziendale e non dei fondi contrattuali, vedi art. 91 comma 12 del CCNL);
- direttore di presidio ospedaliero: è equiparato al direttore di struttura complessa;
- direzione di distretto sanitario: è rimessa a una scelta discrezionale dell'azienda l'equiparazione economica ai fini della retribuzione di posizione parte fissa agli incarichi della tipologia a) o b), cioè alla struttura complessa o alla struttura semplice dipartimentale.

Incarichi professionali:

- incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale: pur allocato funzionalmente in una struttura complessa, rappresenta un punto di riferimento per l'intero dipartimento per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico professionali, all'interno di ambiti specialistici. Il numero massimo di tali incarichi non può superare il 3% del numero incarichi professionali di cui alla lett. b) incarico professionale di alta specializzazione e alla lett. c) incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
- incarico professionale di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa: rappresenta un punto di riferimento per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per le attività svolte nella suddetta struttura o di strutture tra loro coordinate, nell'ambito di specifici settori disciplinari. Il numero massimo di tali incarichi non può superare il 7% del numero incarichi professionali di cui alla lett. b) incarico professionale di alta specializzazione e alla lett. c) incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
- incarico professionale di alta specializzazione: è un'articolazione funzionale che nell'ambito di una struttura complessa o semplice assicura prestazioni sanitarie di alta professionalità;
- incarico professionale di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo: questa tipologia di incarico prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche;
- incarico professionale di base, conferibile ai dirigenti con meno di 5 anni di attività che abbiano superato il periodo di prova: questi incarichi hanno precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività; tali ambiti sono progressivamente ampliati attraverso momenti di valutazione e di verifica.

A tutti i dirigenti, dopo il periodo di prova deve essere conferito un incarico. Gli incarichi gestionali – esclusa la struttura complessa la cui disciplina è oggetto di norme legislative nazionali e regionali – e gli incarichi professionali di cui alle lettere a1), a2), b) e c) sono conferibili ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico. L'incarico professionale di base di cui alla precedente lettera d) è conferito ai dirigenti con meno di 5 anni di anzianità effettiva.

Come abbiamo visto, nel computo degli anni di servizio ai fini del conferimento degli incarichi rientrano i seguenti periodi (svolti con o senza soluzione di continuità):

- di effettiva anzianità di servizio come dirigente, anche a tempo determinato, in aziende ed enti di cui all'art. 1 del CCNL;

- relativi ad attività sanitarie e professionali effettuati con incarico dirigenziale o equivalente alle funzioni dirigenziali in ospedali o strutture pubbliche dei paesi dell'Unione europea.

L'art. 18 del CCNL al comma 6 prevede che il nuovo sistema degli incarichi decorre dal 1 gennaio 2020 e che comunque, in prima applicazione gli incarichi in essere sono automaticamente ricondotti alle nuove tipologie secondo la tabella seguente, garantendo in tal modo una traslazione automatica degli incarichi vigenti, al contrario di ciò che è invece avvenuto negli incarichi di posizione organizzativa del personale non dirigenziale del comparto.

PRECEDENTE ASSETTO	CCNL 2016-2018
INCARICHI GESTIONALI	
1. Struttura complessa (lett. a)	1. Struttura complessa
2. Struttura semplice a valenza dipartimentale (lett. b)	2. Struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale
3. Struttura semplice (lett. b)	3. Struttura semplice
INCARICHI PROFESSIONALI	
1. Alta specializzazione, studio, consulenza, ricerca ispettivo, verifica e controllo (lett. c)	1a. Altissima specializzazione dipartimentale
	1b. Altissima specializzazione interna struttura complessa
	2. Alta specialità
	3. Studio, consulenza, ricerca, ispettivo, verifica e controllo
2. Professionale di base (lett. d)	4. Professionale di base

Tabella 13.3 – Incarichi previsti dal CCNL 2016-2018 e precedente assetto.

Fonte: elaborazione dell'autore.

13.1 – È OBBLIGATORIO STIPULARE UN APPOSITO CONTRATTO DI LAVORO NEL CASO DI CONFERIMENTO DI UN INCARICO DIRIGENZIALE? QUALI EFFETTI PRODUCE LA MANCATA SOTTOSCRIZIONE?

Il conferimento o il rinnovo degli incarichi comporta la sottoscrizione di un contratto individuale d'incarico che integra il contratto individuale di costituzione del rapporto di lavoro e che definisce tutti gli altri aspetti connessi all'incarico conferito, ivi inclusi la denominazione, gli oggetti, gli obiettivi generali da conseguire, la durata e la retribuzione di posizione spettante. Tale contratto è sottoscritto entro il termine massimo di 30 giorni, salvo diversa

(continua)

proroga stabilita dalle parti. In mancanza di consenso da parte del dirigente alla scadenza del termine non si può procedere al conferimento dell'incarico. Successivamente, la modifica di uno degli aspetti del contratto individuale d'incarico è preventivamente comunicata al dirigente per il relativo esplicito assenso che è espresso entro il termine massimo di 30 giorni. In assenza della sottoscrizione del contratto, non potrà essere erogato il relativo trattamento economico (art. 19 comma 10).

Anche in caso di incarico dirigenziale conferito a dirigenti con meno di 5 anni di anzianità, una volta superato il periodo di prova, deve essere conferito un incarico dirigenziale. In tal caso, il contratto individuale è integrato con le ulteriori specificazioni concernenti l'incarico conferito (art. 11 comma 9).

13.3.2 Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali: criteri e procedure

Le aziende sanitarie individuano le posizioni dirigenziali di cui all'art. 18 con un atto di programmazione di propria competenza esclusiva, in coerenza con il proprio atto aziendale (POAS, atto di diritto privato), nel rispetto della legislazione nazionale e regionale e in relazione alle esigenze di servizio.

Le aziende provvedono alla graduazione degli incarichi dirigenziali; tale graduazione delle funzioni è effettuata, anche in forma semplificata, previo confronto con i soggetti sindacali, sulla base dei seguenti 15 items previsti dall'art. 91 comma 9:

- tipologia di incarico conferito;
- complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna;
- grado di autonomia in relazione anche a un'eventuale struttura sovraordinata;
- affidamento e gestione di budget;
- consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentale ricomprese nel budget affidato;
- importanza e delicatezza della funzione esplicitata da specifiche norme di legge;
- svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo, ispezione e vigilanza, verifica di attività direzionali;
- grado di competenza specialistico-funzionale o professionale;
- utilizzazione nell'ambito della struttura di metodologie e strumentazioni innovative e con valenza strategica per l'azienda;
- affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'azienda;

- produzione di entrate proprie destinate al finanziamento dell'azienda;
- rilevanza degli incarichi di direzione di struttura complessa a livello aziendale;
- ampiezza del bacino di utenza per le unità operative caratterizzate da tale elemento e reale capacità di soddisfacimento della domanda di servizi espressa;
- valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali, purché collegata oggettivamente con uno o più dei precedenti criteri;
- per gli incarichi professionali, afferenza della posizione professionale al dipartimento o alla struttura complessa.

13.2 – QUALI SONO LE TIPOLOGIE DI INCARICHI DIRIGENZIALI CONFERIBILI? (ART. 18)

Incarichi gestionali:

- incarico di direzione di struttura complessa;
- incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale che è articolazione interna del dipartimento o del distretto e che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna, lo stesso può comportare, inoltre, la responsabilità di gestione diretta di risorse finanziarie. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;
- incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;
- L'incarico di direttore di dipartimento di cui al D.lgs. 502/1992 è conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento ed è remunerato con la maggiorazione di retribuzione prevista all'art. 91, comma 12 (retribuzione di posizione). L'incarico di direzione di presidio ospedaliero di cui al D.lgs. 502/1992 è equiparato all'incarico di direzione di struttura complessa. L'incarico di direzione di distretto sanitario di cui al D.lgs. 502/1992 è equiparato, ai fini della retribuzione di posizione di parte fissa, all'incarico di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale o distrettuale, o all'incarico di struttura complessa in base a una scelta aziendale.

Incarichi professionali:

- incarico professionale di altissima professionalità: è un'articolazione funzionale che assicura prestazioni di altissima professionalità e specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso

(continua)

discrezionale e appropriato di conoscenze e strumenti specialistici; è conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico; gli incarichi di questa tipologia, sulla base dell'ampiezza del campo di attività di riferimento, si distinguono a loro volta in: a1) incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale: si tratta di incarico che, pur collocato funzionalmente all'interno di una struttura complessa, rappresenta un punto di riferimento di altissima professionalità per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici; a2) incarico di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa: si tratta di incarico collocato all'interno di una struttura complessa, che rappresenta un punto di riferimento di altissima specializzazione per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per le attività svolte nella suddetta struttura o di strutture tra loro coordinate, nell'ambito di specifici settori disciplinari;

- incarico professionale di alta specializzazione: è un'articolazione funzionale che – nell'ambito di una struttura complessa o semplice – assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina e alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione e il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza. È caratterizzata da funzioni orientate a una attività specifica e prevalente, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale e appropriato di conoscenze e strumenti specialistici. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;
- incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo: tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;
- incarico professionale di base conferibile ai dirigenti con meno di 5 anni di attività che abbiano superato il periodo di prova: tali incarichi hanno precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività.

Il numero di posizioni dirigenziali istituibili da ciascuna azienda o ente non può superare:

- per gli incarichi professionali di altissima professionalità di cui al comma 1, par. II, lett. a1): il 3% (arrotondato all'unità superiore) del numero degli incarichi di natura professionale di cui al comma 1, par. II, lett. b) e c);
- per gli incarichi professionali di altissima professionalità di cui al comma 1, par. II, lett. a1): il 7% (arrotondato all'unità superiore) del numero degli incarichi di natura professionale di cui al comma 1, par. II, lett. b) e c).

Le aziende individuano l'importo della relativa retribuzione di posizione complessiva sulla base delle risorse disponibili nel fondo di cui all'art. 94 – retribuzione degli incarichi – previa contrattazione integrativa.

Le aziende, previo confronto con i soggetti sindacali, formulano in via preventiva i criteri e le procedure per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, effettuando una valutazione comparata dei curriculum formativi e professionali e tenendo conto dei seguenti 5 items di cui all'art. 19 comma 9:

- valutazioni del collegio tecnico;
- dell'area e disciplina di appartenenza;
- delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente;
- dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa ed individuale;
- del criterio della rotazione ove applicabile.

Le aziende per il conferimento degli incarichi procedono con l'emissione di un avviso di selezione interna e ciò costituisce una indubbia novità.

Gli incarichi sono conferiti a tempo determinato (durata da 5 a 7 anni, salvo che per l'incarico di base non superiore a 5). Sussiste la possibilità di rinnovo dell'incarico dirigenziale, previa valutazione positiva alla fine dell'incarico, senza la emissione di un nuovo avviso di selezione interna.

Il conferimento o il rinnovo dell'incarico comporta la sottoscrizione di un contratto individuale d'incarico che definisce tutti gli aspetti dell'incarico (denominazione, oggetti, obiettivi, durata, retribuzione di posizione), da sottoscrivere entro il termine massimo di 30 giorni, salvo diversa proroga stabilita dalle parti (alla scadenza del termine non si può procedere alla sottoscrizione del contratto). In assenza di sottoscrizione non potrà essere erogato il relativo trattamento economico – retribuzione di posizione complessiva (art. 19 comma 10 del CCNL).

L'azienda può disporre la revoca anticipata dell'incarico con atto scritto e motivato nei seguenti casi:

- fattispecie previste dall'art. 15-ter comma 3 del D.lgs. 502/1992, cioè inosservanza di direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro;
- valutazione negativa, con obbligo di contraddittorio, ai sensi dell'art. 61 del CCNL o perdita dei requisiti di assegnazione;
- per esigenze organizzative: qualora l'azienda per tali esigenze debba conferire un inca-

rico diverso da quello svolto – prima della scadenza dello stesso oppure alla scadenza – dovrà applicare, previo confronto con i soggetti sindacali, le disposizioni legislative vigenti in materia con riferimento al trattamento economico e al valore e rilievo dell'incarico. Resta ferma la clausola di garanzia prevista dall'art. 92 del CCNL della dirigenza sanitaria.

13.3.3 Sostituzioni – art. 22

Il regime delle sostituzioni è strategicamente molto rilevante per la gestione aziendale e viene disciplinato dall'art. 22 del CCNL della dirigenza sanitaria, la cui disciplina è un'evoluzione del vecchio art. 18 del CCNL 8 giugno 2000.

Una novità rilevante è la possibilità, da parte del direttore del dipartimento, di delegare alcune funzioni relative all'incarico di direttore della propria struttura complessa ad altro dirigente (lo svolgimento delle funzioni delegate è riconosciuto ai fini della retribuzione di risultato), al fine di espletare in modo più efficace le proprie funzioni di capo dipartimento.

Non cambia la disciplina per la sostituzione del direttore di struttura complessa in caso di assenza per ferie/malattia: si effettua l'individuazione annuale entro il 31/1, con i seguenti criteri di preferenza:

- esclusività del rapporto di lavoro;
- titolarità di un incarico di SS quale articolazione interna della SC, ovvero di AP o di AS.

La sostituzione per cessazione del rapporto di lavoro di un direttore di dipartimento, di una struttura complessa o di una struttura semplice dipartimentale viene effettuata mediante un provvedimento motivato del direttore generale, secondo i principi di cui sopra, che vengono integrati con la valutazione comparativa dei curriculum, per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle procedure (il nuovo CCNL prevede che l'incarico di facente funzioni possa durare 9 mesi, prorogabili fino ad altri 9, mentre nella precedente disciplina la durata era di 6 mesi, prorogabili per altri 6).

In caso di sostituzione di dirigenti in aspettativa per incarico di direttore generale/direttore sanitario/direttore sociosanitario, per mandato elettorale o distacco sindacale si provvede con assunzione di un dirigente sostituto mediante avviso pubblico a tempo determinato.

Viene applicata la durata massima del contratto a tempo determinato prevista dal CCNL (36 mesi) e pertanto potrebbe non coprire l'intero mandato di un dirigente in aspettativa per incarico di direttore generale, sanitario o sociosanitario.

Al rientro in servizio il dirigente titolare (che ha cessato le funzioni di componente della Direzione strategica) completa il proprio periodo di incarico, conservando la stessa tipologia di incarico, se disponibile, e in ogni caso riacquisisce un trattamento economico di pari valore.

L'incarico del dirigente assente può essere assegnato anche ad altro dirigente già dipendente della stessa azienda.

L'indennità mensile in caso di sostituzione superiore ai due mesi (da riconoscere anche per i primi due mesi) pari a 600 euro (prima 535) per struttura complessa e 300 euro per una struttura semplice, oltre a un possibile adeguamento della retribuzione di risultato.

13.3 – COME PUÒ ESSERE SOSTITUITO UN DIRIGENTE DI STRUTTURA COMPLESSA, IN CASO DI SUA ASSENZA, SECONDO LA NUOVA IPOTESI DI CCNL? (ART. 22)

- Nei casi di assenza per ferie o malattia o altro impedimento da parte del dirigente con incarico di direzione di struttura complessa, la sostituzione è affidata dall'Azienda o Ente, ad altro dirigente della struttura medesima indicato entro il 31 gennaio di ciascun anno dal responsabile della struttura complessa che – a tal fine – si avvale dei seguenti criteri:
 - a) il dirigente deve essere titolare di uno degli incarichi di cui all'art. 18 ad esclusione di quelli di cui al comma 1, par. II, lett. d) [incarico professionale di base], con riferimento, ove previsto, alla disciplina di appartenenza;
 - b) il dirigente sostituito deve essere preferibilmente titolare di un rapporto di lavoro in regime di esclusività e titolare di incarico di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa ovvero di altissima professionalità o di alta specializzazione.
- Nel caso che l'assenza del direttore di Dipartimento, del dirigente con incarico di direzione di struttura complessa e del dirigente con incarico di direzione di strutture semplici a valenza dipartimentale o distrettuale, sia determinata dalla cessazione del rapporto di lavoro del dirigente interessato, la sostituzione avviene con atto motivato del Direttore Generale secondo i principi del comma 2 integrati dalla valutazione comparata del curriculum formativo e professionale prodotto dai dirigenti interessati ed è consentita per il tempo strettamente necessario ad espletare le procedure di cui ai DPR 483 e 484/1997 ovvero dell'art. 17 bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. In tal caso può durare nove mesi, prorogabili fino altri nove.
- Nei casi in cui l'assenza dei dirigenti con incarichi gestionali o professionali, sia dovuta alla fruizione di una aspettativa senza assegni per il conferimento di incarico di direttore generale ovvero di direttore sanitario o di direttore dei servizi sociali – ove previsto dalle leggi regionali – presso la stessa o altra Azienda o Ente, ovvero per mandato elettorale ai sensi dell'art. 68 del D.Lgs. 165 del 2001 e della legge 816/1985 e successive modifiche o per distacco sindacale, l'Azienda o Ente provvede con l'assunzione di altro dirigente con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato, nel rispetto delle procedure richiamate nel comma 4. La durata massima di tale rapporto di lavoro a tempo determinato è di 36 mesi.
- [...] L'incarico del dirigente assente e collocato in aspettativa per i motivi di cui al comma 5 può essere assegnato dall'Azienda o Ente ad altro dirigente già dipendente a tempo indeterminato o determinato. Al rientro in servizio, il dirigente sostituito completa il proprio periodo di incarico, iniziato prima dell'assenza per i motivi di cui al comma 5 conservando la stessa tipologia di incarico, se disponibile e, in ogni caso, riacquisisce un trattamento economico di pari valore a quello posseduto prima di assentarsi, ivi inclusa l'indennità di struttura complessa e la relativa indennità di esclusività ove spettanti. Al termine di tale periodo

(continua)

costituito dal cumulo delle due frazioni d'incarico -, il dirigente sostituito è soggetto alla verifica e valutazione di cui all'art. 55 e segg. del Capo VIII (verifica e valutazione dei dirigenti).

- Le sostituzioni previste dal presente articolo non si configurano come mansioni superiori in quanto avvengono nell'ambito del ruolo e livello unico della dirigenza sanitaria. Al dirigente incaricato della sostituzione ai sensi del presente articolo non è corrisposto alcun emolumento per i primi due mesi. Qualora la sostituzione dei commi 1,2,3 e 4 si protragga continuamente oltre tale periodo, al dirigente compete una indennità mensile per dodici mensilità, anche per i primi due mesi che è pari d €600,00 qualora il dirigente sostituito abbia un incarico di direzione di struttura complessa...].
- Le Aziende o Enti, ove non possano fare ricorso alle sostituzioni di cui ai commi precedenti, possono affidare la struttura temporaneamente priva di titolare ad altro dirigente con corrispondente incarico e, ove possibile, con anzianità di cinque anni nella medesima disciplina o disciplina equipollente. In tal caso, la sostituzione può durare fino a un massimo di nove mesi prorogabili fino ad altri nove e non verrà corrisposta la relativa indennità mensile di cui al precedente comma 7. Il maggiore aggravio per il dirigente incaricato che ne deriva potrà essere compensato, nel rispetto di quanto previsto all'art. 7, comma 5, lett. c) [Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie], con una quota in più di retribuzione di risultato rispetto a quella dovuta per l'ordinario raggiungimento degli obiettivi assegnati.
- La sostituzione è affidata con provvedimento del Direttore Generale o di un suo delegato.

13.3.4 Retribuzione di posizione – art. 91

Il nuovo CCNL della dirigenza sanitaria semplifica la struttura retributiva relativa all'incarico in modo da individuare chiaramente e con immediatezza la retribuzione correlata direttamente all'incarico assegnato.

Adesso il valore complessivo d'incarico si compone di:

- una parte fissa, coincidente con il suo valore minimo contrattualmente definito;
- una parte variabile definita nell'ambito della graduazione aziendale.

Vengono assorbite dai valori di posizione di parte fissa e, pertanto, cessano di essere corrisposte, la retribuzione minima contrattuale unificata e la differenza sui minimi (ciò rappresenta un vantaggio per il dirigente perché tali voci, confluendo sulla posizione fissa, diventano utili ai fini TFS/TFR).

13.3.5 Clausola di garanzia – art. 92

Il nuovo CCNL introduce dal 1 gennaio 2020 una clausola di salvaguardia a favore dei dirigenti con rapporto esclusivo e con valutazione positiva. Infatti, viene garantito un valore minimo

di retribuzione di posizione complessiva, sulla base dell'effettiva anzianità di servizio maturata dal singolo dirigente.

«Valutazione positiva»: per i primi due scaglioni, si fa riferimento a quella effettuata ai fini del riconoscimento del maggior valore dell'indennità di esclusività; per la terza si fa riferimento all'ultima valutazione effettuata dal collegio tecnico.

I valori minimi di retribuzione di posizione complessiva, annua, lorda per tredici mensilità, sono stabiliti come segue:

- anzianità uguale o superiore a 5 anni e inferiore a 15 anni € 5.000,00;
- anzianità uguale o superiore a 15 anni e inferiore a 20 anni € 6.000,00;
- anzianità uguale o superiore a 20 anni € 7.000,00.

Nel caso in cui la retribuzione di posizione complessiva, a seguito dei nuovi incarichi, dovesse essere inferiore ai valori sopra indicati, viene riconosciuta una sua maggiorazione (con integrazione della parte variabile) fino a raggiungimento del valore di garanzia.

13.4 – IN CHE COSA CONSISTE LA CLAUSOLA DI GARANZIA PREVISTA DALL'ART. 92 DELL'IPOTESI DI CCNL?

La clausola prevede il riconoscimento di una quota minima di retribuzione di posizione, indipendentemente dalla tipologia di incarico ricoperto dal dirigente, sulla base dell'anzianità del dirigente e in presenza di valutazione positiva.

13.3.6 Effetti del passaggio da rapporto di lavoro esclusivo a non esclusivo – artt. 14-15

Anzitutto va chiarito che l'opzione rapporto esclusivo/non esclusivo riguarda i rapporti di lavoro di tutti i dirigenti dell'area negoziale, con esclusione dei dirigenti delle professioni sanitarie (cfr. dichiarazione congiunta n.7).

Le disposizioni del CCNL confermano che l'opzione è esercitabile annualmente entro il 30 novembre con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo. Viene razionalizzata la disciplina relativa agli effetti dei passaggi tra le due tipologie di rapporti di lavoro:

- da esclusivo a non esclusivo: l'opzione per il rapporto non esclusivo non preclude il mantenimento dell'incarico in essere o il conferimento di incarichi di direzione struttura semplice/struttura complessa (D.lgs.502/92 art. 15-quater), fermo restando quanto previsto dalle discipline regionali;
- da non esclusivo a esclusivo: il CCNL specifica meglio che la retribuzione di posizione è ridefinita sulla base dell'incarico successivamente conferito (cioè non si ripristina la

situazione dell'incarico preesistente); nelle more dell'attribuzione del nuovo incarico, essa rimane determinata nella misura in godimento.

13.5 – COME SI COMPUTA L'ANZIANITÀ UTILE PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E PER L'INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ? (ART. 18 COMMA 4 E ART. 89 COMMA 2)

Nel computo degli anni ai fini del conferimento degli incarichi, rientrano i periodi di effettiva anzianità di servizio maturata in qualità di dirigente, anche a tempo determinato, anche presso altre aziende o enti del SSN, con o senza soluzione di continuità.

Per gli incarichi professionali di altissima professionalità di cui al comma 1, par. II, lett. a2): il 7% (arrotondato all'unità superiore) del numero degli incarichi di natura professionale di cui al comma 1, par II, lett. b) e c).

13.6 – QUALI SONO GLI EFFETTI DEL PASSAGGIO DEL RAPPORTO DI LAVORO A NON ESCLUSIVO? (ART. 15)

La richiesta di passaggio dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo può essere presentata entro il 30 novembre di ciascun anno.

Il passaggio decorre dal 1 gennaio successivo a quello dell'opzione e comporta i seguenti effetti per i dirigenti interessati:

- non preclusione al mantenimento dell'incarico in essere o al conferimento di direzione di strutture semplici e complesse fermo restando quanto eventualmente previsto dalle discipline legislative regionali in merito ai criteri per il conferimento dei predetti incarichi di direzione di struttura;
- spettanza della retribuzione di posizione minima contrattuale di cui all'art. 91 (retribuzione di posizione) corrispondente all'incarico conferito senza ulteriori interventi contabili da parte delle aziende o enti;
- non spettanza della retribuzione di risultato;
- inibizione dell'attività libero-professionale intramuraria;
- cessazione di corresponsione dell'indennità di esclusività che – dalla stessa data – costituisce risparmio aziendale.

13.3.7 Il periodo di prova – art. 12

Il dirigente assunto in servizio a tempo indeterminato a seguito di concorso pubblico per titoli ed esami è soggetto a un periodo di prova di 6 mesi e non può essere rinnovato o pro-

gato alla scadenza: ai fini del suo compimento si tiene conto del solo servizio effettivamente prestato. Il direttore di struttura complessa è invece soggetto al periodo di prova previsto dall'art. 15 comma 7-ter del D.lgs. 502 del 1992.

Sono esonerati dal periodo di prova i dirigenti che abbiano svolto periodi di rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato di almeno 12 mesi o che lo abbiano già superato, in rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato almeno superiori a 12 mesi, nella medesima qualifica e disciplina presso aziende o enti del comparto. Questo esonero determina l'immediata cessazione del rapporto di lavoro originario, senza più il diritto all'aspettativa per conservazione del posto.

Sono esonerabili dal periodo di prova, in relazione alla professionalità richiesta dalle attività da espletare, i dirigenti che abbiano svolto periodi di rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato e almeno superiori a 12 mesi o che lo abbiano già superato, in rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato almeno superiore a 12 mesi, nella medesima qualifica e disciplina presso altra amministrazione pubblica NON del comparto sanità.

13.3.8 Ricostituzione del rapporto di lavoro – art. 13

Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute può richiedere alla stessa azienda sanitaria la ricostituzione del rapporto di lavoro, entro 5 anni dalla data di cessazione.

L'azienda si pronuncia entro 60 giorni dalla richiesta e, in caso di accoglimento, il dirigente sanitario è ricollocato nella qualifica dirigenziale – previa stipula del contratto individuale – con posizione economica e fascia di esclusività iniziale ed esclusione della R.I.A. a suo tempo maturata.

Nei confronti del dirigente che abbia favorevolmente superato il quinquennio di servizio prima della cessazione, l'azienda conferisce un incarico ai sensi di quanto previsto dall'art. 18 che abbiamo già esaminato.

La ricostituzione del rapporto di lavoro è subordinata alla disponibilità del corrispondente posto nella dotazione organica dell'azienda e al mantenimento del possesso dei requisiti generali per l'assunzione da parte del richiedente, nonché all'accertamento dell'idoneità fisica se la cessazione del rapporto di lavoro sia stata causata da motivi di salute.

13.3.9 Orario di lavoro – artt. 24-25

Rinviando i temi dei fondi contrattuali e del trattamento economico a una successiva disamina, alcuni aspetti innovativi che può essere utile anticipare sono in tema di orario di lavoro. La libera professione *intramoenia* dei dirigenti sanitari può essere programmata durante le 11 ore di riposo, nella quantità massima di 3 ore, garantendo comunque le 8 ore continuative di riposo (art. 24 comma 15 del CCNL). Nella disciplina dell'orario del direttore di struttura complessa è stato introdotto che loro «assicurano la propria permanenza giornaliera in ser-

vizio», che va registrata anche se non contabilizzata. Infine, sempre relativamente ai direttori di struttura complessa, agli stessi non si applicano le disposizioni che prevedono assenze o congedi su base oraria.

13.7 – È POSSIBILE ESONERARE DAL SERVIZIO DI PRONTA DISPONIBILITÀ E DI GUARDIA I DIRIGENTI CHE ABBIANO RAGGIUNTO I 62 ANNI DI ETÀ? (ART. 6-BIS)

L'ipotesi di CCNL non prevede l'esonero automatico dal servizio di guardia e di pronta disponibilità dei dirigenti che abbiano raggiunto i 62 anni di età.

L'art. 6-bis prevede che l'organismo paritetico è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo.

In tale sede, è possibile – in ciascuna azienda – valutare l'esonerabilità dal servizio di pronta disponibilità e di guardia del personale che abbia superato la soglia di 62 anni di età anagrafica.

13.8 – QUALI PERMESSI POSSONO UTILIZZARE I DIRIGENTI ASSUNTI A TEMPO DETERMINATO? (ART. 109)

I dirigenti assunti a tempo determinato possono utilizzare i seguenti permessi:

- assenze non retribuite per motivate esigenze fino a un massimo di 15 giorni complessivi;
- assenze retribuite in caso di matrimonio ai sensi dell'art. 36, comma 2 (15 giorni).

Nel caso di rapporto di lavoro a tempo determinato di durata non inferiore a 6 mesi continuativi, comprensivi anche di eventuali proroghe, possono essere consentite le seguenti assenze:

- assenze retribuite per motivi personali o familiari, di cui all'art. 37;
- assenze per esami o concorsi di cui all'art. 36, comma 1, lettera a);
- assenze per visite specialistiche, esami e prestazioni diagnostiche di cui all'art. 40;
- assenze per lutto di cui, all'art. 36 comma 1 lettera b).

Il numero massimo annuale di assenze deve essere riproporzionato in relazione alla durata temporale nell'anno del contratto a termine stipulato, salvo il caso dei permessi per lutto.

Sono comunque fatte salve tutte le altre ipotesi di assenza dal lavoro stabilite da specifiche disposizioni di legge per i lavoratori dipendenti, compresa la legge 104/1992 SMI e la legge n.53/2000 ivi compresi i permessi per lutto ai quali si applica la disciplina legale nei casi di rapporto di durata inferiore a 6 mesi.

13.9 – CHE NOVITÀ CI SONO NELLA DISCIPLINA DELL'ORARIO DI LAVORO PER I DIRIGENTI DI STRUTTURA COMPLESSA SECONDO IL CCNL DELLA DIRIGENZA SANITARIA? (ART. 25)

I direttori di struttura complessa assicurano la propria permanenza giornaliera in servizio, accertata con gli strumenti automatici di cui al comma 13, dell'art. 24 per garantire il normale funzionamento della struttura cui sono preposti e organizzano il proprio tempo di lavoro, articolandolo in modo flessibile per correlarlo a quello degli altri dirigenti di cui all'art. 24 (orario di lavoro dei dirigenti), per l'espletamento dell'incarico affidato in relazione agli obiettivi e programmi annuali da realizzare in attuazione delle procedure previste dal presente CCNL nonché per lo svolgimento delle attività di aggiornamento, didattica e ricerca finalizzata. Ai soli fini del calcolo delle ferie, assenze e congedi, anche l'orario di lavoro dei direttori di struttura complessa si considera articolato su 5 o 6 giorni, con orario convenzionale rispettivamente di 7 ore e 36 minuti e di 6 ore e 20 minuti.

I direttori di struttura complessa comunicano preventivamente e documentano – con modalità condivise con le aziende ed enti ove tali modalità non siano già previste da specifiche disposizioni contrattuali – la pianificazione delle proprie attività istituzionali, le assenze variamente motivate (ferie, malattie, attività di aggiornamento ecc.) e i giorni e orari dedicati alla attività libero-professionale intramuraria.

13.10 – COME SI CONCILIA, SECONDO L'IPOTESI DI CCNL 2016-2018, IL SERVIZIO DI PRONTA DISPONIBILITÀ CON L'OBBLIGO DI RIPOSO GIORNALIERO DI 11 ORE? (ART. 27 COMMA 8)

Il personale in pronta disponibilità chiamato in servizio, con conseguente sospensione delle 11 ore di riposo immediatamente successivo e consecutivo, deve recuperare immediatamente e consecutivamente dopo il servizio reso le ore mancanti per il completamento delle 11 ore di riposo; nel caso in cui, per ragioni eccezionali, non sia possibile applicare la disciplina di cui al precedente periodo, quale misura di adeguata protezione, le ore di mancato riposo saranno fruito, in un'unica soluzione, nei successivi tre giorni, fino al completamento delle 11 ore di riposo. Le regolamentazioni di dettaglio attuative delle disposizioni contenute nel presente comma sono definibili dalle aziende ed enti avendo riguardo di collocare il turno successivo a quello programmato in pronta disponibilità, nella fascia oraria pomeridiana.

In sintesi

Il nuovo CCNL della dirigenza sanitaria, pur essendo stato adottato a tempo scaduto (a fine dicembre 2019 per il triennio 2016-2018), ha il merito di avere ridisegnato *ex novo* la tipologia di relazioni sindacali, incentrate totalmente sul binomio partecipazione-contrattazione, in applicazione delle più recenti disposizioni del D.lgs. Madia n. 75 del 2017.

La parte sicuramente più innovativa e rilevante risulta la nuova architettura del sistema degli incarichi gestionali e professionali previsti all'art 18 del CCNL 19 dicembre 2019, che finalmente manda in pensione il sistema del Contratto collettivo 8 giugno 2000, introducendo in particolare gli incarichi di altissima specializzazione di livello dipartimentale e di struttura complessa.

È stata espressamente prevista la necessità di ricorrere ad avvisi selettivi interni per il conferimento dei vari tipi di incarichi, a esclusione di quello di struttura complessa per il quale vigono ancora le disposizioni del DPR 484 del 1997 e della più recente Legge Balduzzi n. 189 del novembre 2012.

Ogni modifica del contratto individuale richiede la sottoscrizione di un accordo integrativo entro il termine di 30 giorni e, in difetto, non si darà corso alla relativa esecuzione anche dal punto di vista dell'applicazione economica.

Ma probabilmente la più importante innovazione è stata quella di calcolare l'anzianità di servizio dei dirigenti sanitari al fine del conferimento degli incarichi, così come per quantificare l'esperienza professionale ai fini del riconoscimento della relativa fascia dell'indennità di esclusività di cui all'art.91 del CCNL 2016-2018, prescindendo dalla soluzione di continuità dell'attività di servizio che, viceversa, è stata una regola aurea in vigore dal lontano anno 2000.

Presentano inoltre elementi innovativi, anche se comuni anche all'area del personale del comparto sanità, le discipline del periodo di prova (art. 12 del CCNL 19 dicembre 2019) e la ricostituzione del rapporto di lavoro (art. 13 del medesimo CCNL della dirigenza sanitaria).

Ripasso

1. Il sistema delle relazioni sindacali previste dal nuovo CCNL della dirigenza sanitaria si articola in:

- A. Esame congiunto e cogestione
- B. Partecipazione e contrattazione integrativa
- C. Concertazione e informazione preventiva

2. Le tipologie di incarichi dirigenziali previste dal CCNL 19 dicembre 2019 sono:

- A. Incarichi che comportano o meno la direzione di struttura complessa
- B. Incarichi gestionali e incarichi professionali
- C. Incarichi dirigenziali a tempo indeterminato e incarichi di supplenza

3. La ricostituzione del rapporto di lavoro:

- A. Il dirigente sanitario che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute può chiedere alla stessa azienda la ricostituzione del rapporto di lavoro entro 5 anni dalla cessazione

- B. Il dirigente sanitario che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute può chiedere alla stessa azienda la ricostituzione del rapporto di lavoro entro 2 anni dalla cessazione
- C. Il dirigente sanitario che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute ha il diritto alla ricostituzione del rapporto di lavoro

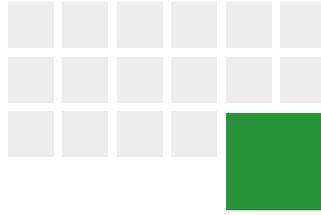
4. Il periodo di prova del dirigente sanitario:

- A. Il dirigente assunto a tempo indeterminato a seguito di pubblico concorso è soggetto a un periodo di prova di 6 mesi
- B. Il dirigente assunto a tempo indeterminato a seguito di pubblico concorso è soggetto a un periodo di prova di 12 mesi
- C. Il dirigente assunto a tempo indeterminato a seguito di pubblico concorso è soggetto a un periodo di prova di 6 mesi, sempre rinnovabile per ulteriori 6 mesi

Riferimenti bibliografici

Alessi R., Ferro G., Rizzato M. (2019), *Manuale per la contrattazione nel servizio sanitario regionale*, Il Prato Edizioni, Padova.

Simonetti S. (2020), *Il nuovo CCNL della dirigenza medica e sanitaria*, Maggioli Editori, Santarcangelo di Romagna.



14

La dirigenza pubblica e la valutazione nel Servizio sanitario nazionale

Giuseppe Micale

14.1 Il dirigente pubblico: evoluzione e ruolo dal conferimento dell'incarico alla valutazione

La dirigenza pubblica si colloca nell'importante incrocio tra politica e amministrazione.

Nel modello cavouriano di organizzazione piramidale dei Ministeri tutti i poteri decisionali erano attribuiti al Ministro in carica, organo di vertice politico: il Ministro era esclusivamente responsabile politicamente di fronte al Parlamento, il restante personale – a prescindere dal grado – afferiva a uffici che avevano una rilevanza solo interna. Negli anni Settanta del secolo scorso prese forma a livello statale un modello diverso che prevedeva l'istituzione della nuova categoria professionale della dirigenza pubblica, articolata in tre qualifiche (dirigente generale, dirigente superiore e primo dirigente – D.lgs. 748 del 1972): alcune funzioni, inclusa l'adozione di alcuni provvedimenti amministrativi, vennero devolute come competenza propria ai dirigenti, che da meri preposti a uffici interni divennero titolari di organi in senso proprio con capacità di esprimere la volontà dell'amministrazione nei rapporti esterni. Il Ministro restava comunque titolare non solo di poteri di direttiva, ma anche di poteri di avocazione della competenza in casi singoli e di sostituzione in caso di inerzia e di annullamento d'ufficio degli atti del dirigente. Si trattava di un modello ancora ibrido che attenuava ma non superava del tutto il modello gerarchico.

La riforma del pubblico impiego avviata quasi 30 anni fa con il D.lgs. 29 del 1993, ripresa da ultimo dai decreti delegati della riforma Madia del 2017, ha avuto tra i suoi aspetti più importanti la valorizzazione della dirigenza pubblica.

Tutto ciò nella duplice prospettiva di istituire figure assimilabili ai manager privati e di garantire l'imparzialità dell'azione amministrativa, limitando le ingerenze dei politici sulle decisioni dei dirigenti.

Secondo l'indirizzo del New Public Management, l'alta dirigenza deve essere dotata di poteri adeguati e di risorse gestite in autonomia e senza vincoli e rigidità eccessive per

poter raggiungere gli obiettivi prefissati. A tal fine il Testo unico del pubblico impiego (D.lgs. 165/2001 e successive modificazioni) procede alla privatizzazione parziale dell'organizzazione amministrativa e prevede che l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro.

In tale ottica il dirigente pubblico – tra cui anche il direttore generale di una azienda sanitaria – assume una fisionomia analoga a quella del manager privato.

Nella seconda prospettiva, il nuovo modello della riforma ha introdotto e implementato il principio della separazione o distinzione tra politica e amministrazione: si tratta di conciliare due principi in reciproca tensione quali il principio democratico e quello di imparzialità della pubblica amministrazione di cui all'articolo 97 della Costituzione.

Il principio democratico – in base al quale nessun potere pubblico può essere sottratto al circuito politico rappresentativo – esclude che la dirigenza possa essere autoreferenziale in nome del principio tecnocratico e le attribuisce il ruolo di fedele esecuzione degli indirizzi politici.

Il principio di imparzialità spinge nella direzione di istituire limiti all'invadenza della politica nell'amministrazione, rendendo oggettivo e neutrale il momento della decisione amministrativa riservata a una burocrazia altamente professionale.

Il rapporto tra dirigenti e amministratori ha natura prettamente fiduciaria.

Il rapporto tra politica e amministrazione non è soltanto top down ma è divenuto circolare: infatti il vertice politico soffre di una ineliminabile asimmetria informativa nei confronti della dirigenza che conosce molto meglio gli ingranaggi della macchina amministrativa. Spesso senza la piena cooperazione dei dirigenti, i vertici politici non sono in grado di realizzare i programmi per i quali sono stati eletti e dei quali risponderanno agli elettori.

Strettamente correlato al tema del rapporto tra vertici politici e dirigenza è quello dell'attribuzione e durata degli incarichi e, a valle, della valutazione dei risultati raggiunti dai dirigenti.

Prima dell'inizio del processo di riforma del pubblico impiego sopra descritto avviato anche in sanità a metà degli anni Novanta, l'attribuzione degli incarichi ai dirigenti non prevedeva alcun limite temporale (i primari e gli attuali direttori di struttura complessa erano a vita!) e di fatto i responsabili degli uffici erano praticamente inamovibili, mentre i Ministri erano soggetti a continui avvicendamenti a causa delle frequenti crisi di governo ed erano pertanto poco in grado di imprimere indirizzi efficaci alle singole amministrazioni.

Il nuovo modello che si è affermato prevede – quasi quale compensazione rispetto all'attribuzione di ampie competenze gestionali alla dirigenza – una durata temporalmente limitata degli incarichi dirigenziali che per quelli di livello più elevato vengono attribuiti dal vertice politico dell'amministrazione, quale per esempio il direttore generale di una azienda sanitaria che viene nominato dalla relativa Giunta regionale e controfirma il contratto individuale con l'Assessore regionale competente.

Infatti, il conferimento degli incarichi ai singoli dirigenti deve avvenire tenendo conto delle «attitudini e delle capacità professionali del singolo dirigente», nonché dei risultati con-

seguiti negli incarichi precedenti, delle specifiche competenze organizzative e di altre esperienze di direzione anche presso il settore privato o all'estero (cfr. art 19 D.lgs. 165/2001 SMI, cc.dd. Testo unico del pubblico impiego).

La scelta ha natura comparativa e secondo la giurisprudenza prevalente deve essere adeguatamente motivata.

La durata degli incarichi dirigenziali costituisce un aspetto delicato, poiché se troppo breve rende i dirigenti maggiormente influenzabili dal vertice politico dal quale dipende la conferma dell'incarico. Se fosse troppo lunga potrebbe consentire ai dirigenti comportamenti opportunistici nei confronti degli indirizzi del vertice politico.

Gli incarichi non devono di norma essere inferiori a tre anni e non superare i cinque¹.

Sono rinnovabili, previa verifica dei risultati ottenuti e ferme restando le più recenti disposizioni e relative interpretazioni in merito al nuovo criterio della rotazione degli incarichi dirigenziali rafforzato dalla normativa anticorruzione.

In questo quadro di riferimento normativo e culturale si inseriscono i D.lgs. 502 e 517, rispettivamente del 1992 e 1993, che hanno riordinato il Servizio sanitario nazionale con il duplice obiettivo di ridare efficienza al sistema sanitario ottimizzando le risorse disponibili e controllare la spesa per contenere il disavanzo delle precedenti USL. Hanno istituito le aziende sanitarie con propria personalità giuridica pubblica, autonomia imprenditoriale, amministrativa, organizzativa, contabile, patrimoniale, gestionale e tecnica.

La loro organizzazione e funzionamento sono disciplinate con atto aziendale di diritto privato e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio e agiscono con atti di diritto privato.

Un punto fondamentale dei decreti di riordino citati, oltre *l'aziendalizzazione*, è la *regionalizzazione* del sistema. Infatti, la riforma del titolo V della Costituzione ha modificato la nozione di tutela della salute alla luce della legge costituzionale 3 del 18 ottobre 2001.

La riforma federale dello Stato canonizza il passaggio verso un welfare devoluto, caratterizzato dalla dismissione dell'esclusivo ruolo pubblico nella sanità e dal maggior coinvolgimento degli enti territoriali locali.

Quindi la riforma del titolo V offre un referente normativo primario alla tendenza alla regionalizzazione che l'evoluzione del SSN ha assunto progressivamente negli ultimi decenni. Il legislatore ordinario aveva già spostato l'asse di riferimento del SSN dal livello statale al livello regionale, trasformandolo in un insieme di servizi sanitari regionali. La nuova dizione dell'art 117 Costituzione, «tutela della salute», è una dizione più ampia della originaria formulazione che delegava alla competenza regionale l'assistenza sanitaria e ospedaliera.

Con la tutela della salute la novella costituzionale attribuisce alle Regioni il compito di definire le linee di politica sanitaria, sia pure nel rispetto dei principi enucleati dalle leggi statali cornice, trattandosi di materia riservata alla legislazione regionale di tipo concorrente.

Alla competenza esclusiva dello Stato resta affidata la determinazione dei livelli essen-

¹ Al riguardo occorre precisare che gli incarichi di direzione di struttura complessa, ai sensi dell'art. 20 comma 3 del recente CCNL 19 dicembre 2019 per la dirigenza sanitaria triennio 2016-2018, hanno durata da 5 a 7 anni. Inoltre, secondo l'art. 19 del medesimo CCNL gli incarichi dirigenziali diversi dalla direzione di struttura complessa sono conferiti a tempo determinato e hanno una durata non inferiore a 5 anni e non superiore a 7. È fatto salvo l'incarico professionale di base che ha durata non superiore a 5 anni. La durata può essere inferiore se coincide con il conseguimento del limite di età per il collocamento a riposo del dirigente interessato.

ziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali, tra i quali una consolidata giurisprudenza fa rientrare anche il diritto alla salute.

La disciplina della dirigenza sanitaria ha assunto una connotazione di specialità rispetto alla dirigenza pubblica in generale, le cui ragioni risiedono anzitutto nella considerazione che i dirigenti e gli operatori sanitari agiscono nel terreno estremamente sensibile dei diritti sociali costituzionalmente garantiti, che richiedono azioni positive da parte dei poteri pubblici per la loro effettiva soddisfazione in favore di un'utenza che, per il principio di universalità del servizio sanitario, nemmeno coincide con i soli possessori dello status di cittadini (cfr. parere Consiglio di Stato 5 maggio 2016 n. 1113).

Con i decreti di riordino del SSN si è effettuata una vera trasposizione nel settore pubblico di tipici poteri imprenditoriali privati, con l'obiettivo primario di garantire l'efficacia e l'efficienza del servizio reso.

In virtù di tali poteri, il rapporto di lavoro del direttore generale viene qualificato come rapporto di diritto privato e il relativo atto di nomina come atto di alta amministrazione, caratterizzato da un tasso elevato di discrezionalità.

Nel 2012 con il decreto Balduzzi si è voluto intervenire per eliminare il fenomeno di eccessiva politicizzazione delle nomine apicali degli enti del SSN.

Un filo rosso collega la legge Balduzzi n. 189 del 2012 con la riforma Madia del 2015 e i decreti attuativi degli anni successivi in materia di dirigenza sanitaria.

Infatti, con il D.lgs. 171 del 2016 il legislatore ha inteso riformare la struttura della dirigenza strategica apicale degli Enti del SSN ai principi del merito e della trasparenza, intervenendo sulle procedure di nomina, valutazione e decadenza dei direttori generali, dei direttori sanitari e amministrativi e – ove previsti dalle leggi regionali – dei direttori dei servizi socio-sanitari degli enti del SSN.

In primo luogo, con riferimento ai direttori generali, si prevede la istituzione presso il Ministero della Salute di un elenco nazionale di coloro che possiedono i requisiti per la nomina a direttore generale.

Il direttore generale dell'azienda sanitaria viene valutato da parte della Giunta regionale secondo indicatori di risultato relativi a efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati. Tali indicatori sono declinati con atto di Giunta e sono finalizzati prevalentemente al mantenimento della salute dei cittadini, all'accessibilità dei servizi, al governo dei tempi di attesa e alla corretta gestione del budget.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, la Giunta regionale con provvedimento adeguatamente motivato può risolvere il contratto del direttore generale.

Pertanto, il direttore generale è sottoposto a valutazioni periodiche, la sua retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in ottemperanza al DPCM 19 luglio 1995 n. 502, come integrato dal successivo decreto del Presidente del Consiglio 31 marzo 2001, n. 319.

Viene inoltre prevista una retribuzione di risultato non superiore al 20% dell'emolumento e viene assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con specifica deliberazione della Giunta regionale.

14.2 La valutazione del direttore generale in Lombardia

Nella valutazione del direttore generale degli enti e aziende del proprio SSR, la Regione Lombardia con proprio provvedimento ha previsto, all'art. 6 del relativo contratto di prestazione d'opera intellettuale, che al direttore nominato vengono assegnati gli obiettivi di mandato indicati in specifico allegato (p. es. contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri; riordino della rete di offerta; integrazione ospedale e territorio e presa in carico del paziente cronico; omogeneizzazione dei sistemi informativi aziendali).

Inoltre, la Giunta Regionale annualmente stabilisce gli obiettivi di sviluppo e il mancato raggiungimento della soglia minima stabilita comporta la non corresponsione dell'incentivo economico.

Questa valutazione avrà rilievo ai fini del mantenimento dell'incarico, in relazione al raggiungimento degli obiettivi definiti prioritari e l'esito negativo della valutazione comporterà *ipso facto* la risoluzione del contratto.

Relativamente all'anno 2021 con DGR 5157 del 2 agosto 2021, la Giunta ha individuato quali obiettivi strategici:

- l'adozione di un piano di potenziamento delle strutture territoriali in attuazione del PNRR da presentare nei tempi indicati (obiettivo definito anche prioritario ai fini del mantenimento dell'incarico);
- il rispetto dei tempi di pagamento previsti dall'art. 1, comma 865 della legge di Stabilità per l'anno 2019, n. 145 del 30 dicembre 2018 (penalizzazione prevista da 3 a 30 punti, in base a giorni di ritardo);

la corretta applicazione delle norme in materia di trasparenza e anticorruzione (penalizzazione prevista di 5 punti, in caso di non raggiungimento).

Tenuto conto dell'impatto dell'epidemia da Covid-19 sulle strutture sanitarie e che la stessa è ancora in atto, la valutazione dei direttori generali delle strutture pubbliche per il 2021 avverrà in relazione al grado di raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- raggiungimento dei target previsti per il contenimento delle liste di attesa e garanzia dei LEA: peso 20;
- raggiungimento dei target previsti dal Piano vaccinazione Covid-19: peso 20;
- raggiungimento dei target previsti dal Piano vaccinazioni antinfluenzale: peso 20;
- rispetto rigoroso del cronoprogramma degli interventi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico: peso 15;
- piano di potenziamento dell'erogazione di prestazioni ADI secondo i target individuati dalla Direzione Generale Welfare: peso 10;

- coinvolgimento dei MMG/PLS nella formulazione del piano di potenziamento delle strutture territoriali: peso 10;
- presidio dei processi di integrazione tra la programmazione sociale e socio-sanitaria: peso 5.

Come sopra accennato, il mancato raggiungimento degli obiettivi definiti strategici determina la decurtazione del risultato, mentre l'eventuale mancato raggiungimento dell'obiettivo prioritario comporta l'applicazione delle previsioni di cui all'art. 6 del contratto di prestazione d'opera intellettuale in ordine al mantenimento dell'incarico del direttore generale.

14.3 Ciclo della performance ed evoluzione della Legge Brunetta nel decreto delegato 74/2017 della riforma Madia

La riforma Madia del pubblico impiego del 2017 è stata completata dalla novella di uno dei cardini della disciplina del rapporto di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche: il ciclo della performance dei dipendenti pubblici, la premialità e lo strumento sanzionatorio disciplinare.

La performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che una entità –individuale, gruppo, équipe o unità organizzativa, organizzazione – apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e pertanto alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita².

In particolare, il D.lgs. 25 maggio 2017 n. 74 contiene la riforma del ciclo della misurazione e della valutazione della performance, riferita sia alle singole amministrazioni sia alle singole unità operative fino ad arrivare ai singoli dipendenti.

La novella si inserisce nel più ampio quadro normativo teso alla managerialità dell'apparato pubblico con la diffusione di una nuova cultura dell'Amministrazione al fine di commisurare - per una parte rilevante - la retribuzione dei dipendenti ai risultati raggiunti in termini di efficienza e alla qualità del servizio reso ai cittadini (la cosiddetta «cultura del risultato»).

Le nuove disposizioni, che integrano come noto il D.lgs. Brunetta n.150 del 2009, rafforzano la demarcazione della misurazione tra la valutazione della performance organizzativa e quella dei singoli dirigenti e dipendenti che nella prassi erano spesso tra loro sovrapposte o confuse.

La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

² Monteduro, 2020.

Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Il rispetto delle disposizioni del D.lgs. 150/2009 e del D.lgs. 74/2017 è condizione necessaria per l'erogazione di premi e componenti del trattamento retributivo legati alla performance e rileva ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale, nonché del conferimento degli incarichi dirigenziali.

La valutazione negativa, come disciplinata nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance, rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e ai fini dell'irrogazione del licenziamento disciplinare ai sensi dell'articolo 55 quater, comma 1, lettera f quinquies), del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 «insufficiente rendimento rilevato dalla costante valutazione negativa della performance del dipendente per ciascun anno dell'ultimo triennio».

Nella logica del potenziamento del ruolo della produttività individuale, questa diviene elemento imprescindibile per il riconoscimento delle progressioni economiche e per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali.

Viene peraltro introdotta una disciplina specifica per la valutazione dei dirigenti di vertice, ai sensi della quale la performance individuale dei dirigenti è collegata al raggiungimento di specifici obiettivi previsti nel contratto di lavoro individuale e degli obiettivi individuati nella direttiva generale per l'azione amministrativa e la gestione, nonché nel Piano della performance.

La funzione di monitoraggio dell'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati, in relazione alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione, viene affidata all'organismo indipendente di valutazione (OIV), che in qualità di soggetto terzo e imparziale vede potenziato il proprio ruolo e le relative attribuzioni.

L'OIV supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale.

Inoltre:

- propone al vertice politico la valutazione dei dirigenti apicali;
- verifica che l'amministrazione realizzi nell'ambito del ciclo della performance un'integrazione sostanziale tra programmazione economico-finanziaria e pianificazione strategico-gestionale;

- promuove, al fine della valutazione della performance organizzativa, l'utilizzo dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti;
- attesta l'assorbimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Il DPR n. 105 del 2016 ha inciso sulle modalità di scelta dei componenti, in quanto prevede – art. 6 – l'istituzione di un elenco nazionale dei componenti degli OIV tenuto dal Dipartimento della funzione pubblica. Il successivo decreto 6 agosto 2020 del Ministro per la pubblica amministrazione disciplina – tra l'altro – anche i requisiti di competenza, esperienza e integrità per accedere al citato elenco nazionale, nonché la individuazione di tre fasce professionali e la relativa formazione continua: ciò a riprova di una progressiva professionalizzazione del valutatore componente di OIV chiamato a svolgere una funzione strategica all'interno dell'ente di riferimento.

Il citato D.lgs. n. 74 del maggio 2017 ha assegnato un ruolo attivo ai cittadini nella valutazione della performance organizzativa, prevedendo che gli OIV esercitino i loro compiti tenendo conto delle valutazioni realizzate con il coinvolgimento dei cittadini e degli altri utenti finali del servizio³.

Il ciclo della performance prende avvio dal Piano della performance, un documento programmatico triennale da adottare entro il 31 gennaio in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi con i relativi indicatori per la misurazione e valutazione.

Per ogni esercizio, a consuntivo, ogni amministrazione deve adottare un documento riassuntivo finale, la «Relazione sulla Performance», con la quale si evidenziano i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati.

Secondo il citato D.lgs. 74/2017 – in vigore dal 22 giugno 2017 – il Piano performance è definito dall'organo di indirizzo politico in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi che saranno impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica; la relazione sulla performance viene approvata dall'organo di indirizzo politico amministrativo e validità dall'OIV al fine di attribuirvi efficacia.

Il processo di validazione e stesura della relazione finale sulla performance deve essere ispirata ai principi di trasparenza, attendibilità, evidenza, tracciabilità e verificabilità, oltre che di indipendenza e imparzialità.

L'oggetto della validazione riguarda in particolare i seguenti tre ambiti:

- la conformità della relazione alle disposizioni del decreto legislativo, nonché alle linee guida dell'ANAC;

³ Il Dipartimento della funzione pubblica il 28 novembre 2019 ha adottato le linee guida sulla valutazione partecipativa (linee guida 4/2019) al fine di definire gli indirizzi metodologici per favorire la partecipazione di cittadini e utenti alla valutazione della performance organizzativa, come previsto dagli artt. 7 e 19-bis del citato D.lgs. 150 del 2009, modificato dal D.lgs. Madia 74 del 2017.

- l'attendibilità dei dati e delle informazioni contenuti nella relazione;
- la comprensibilità della relazione anche per i cittadini e le imprese, per favorire il controllo sociale diffuso sulle attività e i risultati delle amministrazioni pubbliche.

Ai fini dell'attuazione dei principi generali dei citati decreti legislativi, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance.

Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Gli obiettivi si articolano in:

- obiettivi generali, che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali nel quadro del programma di Governo e con gli eventuali indirizzi adottati dal Presidente del Consiglio dei Ministri ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 30 luglio 1999, n. 286, le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati, anche tenendo conto del comparto di contrattazione di appartenenza e in relazione anche al livello e alla qualità dei servizi da garantire ai cittadini;
- obiettivi specifici di ogni pubblica amministrazione, individuati, in coerenza con la direttiva annuale adottata ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 30 luglio 1999, n. 286, nel Piano della performance di cui all'articolo 10.

Gli obiettivi sono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'amministrazione;

- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili a un arco temporale determinato, di norma corrispondente a un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Dopo quasi tre decenni dalla riforma del pubblico impiego degli anni Novanta, non può definirsi completamente compiuto il percorso di maturazione sugli indispensabili strumenti di valutazione del dirigente pubblico e del dirigente sanitario, il cui percorso proviamo a focalizzare nel paragrafo successivo.

14.4 La valutazione del dirigente sanitario nel CCNL dell'area sanità del 19 dicembre 2019

La valutazione dei dirigenti e dei dirigenti sanitari in particolare costituisce un elemento strategico del loro rapporto di lavoro. Essa è diretta a riconoscere e valorizzare la qualità e l'impegno per il conseguimento di più elevati livelli di risultato dell'organizzazione, per l'incremento della soddisfazione degli utenti e per orientare i percorsi di carriera e lo sviluppo professionale dei singoli dirigenti.

Una caratteristica peculiare dei dirigenti sanitari è il loro doppio sistema di verifica, che sussiste già nel CCNL 8 giugno 2000 e che viene confermata dal recente CCNL 19 dicembre 2019.

Infatti, è prevista accanto a una valutazione gestionale sul raggiungimento degli obiettivi, una valutazione professionale periodica sulle capacità professionali e sull'attività professionale svolta. La valutazione è, infatti, diretta a verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati e delle capacità professionali.

Il dirigente con incarico di struttura complessa o semplice è sottoposto a verifica al termine dell'incarico. Le verifiche concernono le attività professionali svolte e i risultati raggiunti, il livello di partecipazione – con esito positivo – ai programmi di formazione continua. Esse sono effettuate da un collegio tecnico – nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore del dipartimento, si ritiene senza possibilità di delega da parte dello stesso. Questa norma relativa alla composizione del collegio tecnico è molto laconica: deve essere garantita la rappresentanza della disciplina o del profilo del dirigente valutato.

L'esito positivo delle verifiche costituisce condizione per la conferma nell'incarico o per il conferimento di un altro incarico – professionale o gestionale – anche di maggior rilievo.

L'azienda sanitaria con proprio regolamento definisce meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dell'attività professionale dei dirigenti, nonché dei costi, dei rendimenti e dei risultati in base ai programmi e obiettivi da perseguire. Per gli incarichi gestionali, gli stessi sono correlati anche alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente disponibili. I risultati finali delle valutazioni sono riportati nel fascicolo personale.

Le aziende sanitarie adottano preventivamente i criteri generali dei sistemi di valutazione delle attività professionali e delle competenze organizzative dei dirigenti, tenuto conto delle linee di indirizzo regionale di cui all'art.6 CCNL 19 dicembre 2019 e previo confronto con le OO.SS. aziendali (art. 6 del medesimo CCNL).

I principi delle procedure di valutazione sono:

- trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate e obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- imparzialità, celerità e puntualità al fine di garantire continuità e certezza delle attività professionali connesse all'incarico conferito;
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che in prima istanza effettua la proposta di valutazione;
- informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio nella valutazione di prima e seconda istanza.

14.5 Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti

Gli organismi preposti alla verifica e valutazione dei dirigenti sono:

- il collegio tecnico;
- l'organismo indipendente di valutazione o altro soggetto con funzioni analoghe.

In prima istanza, il dirigente sovraordinato e il collegio tecnico, in seconda istanza, sono deputati alla verifica e valutazione:

- di tutti i dirigenti alla scadenza del loro incarico, in relazione alle attività professionali svolte e ai risultati raggiunti. Tale valutazione va fatta entro la scadenza dell'incarico al fine di assicurare, senza soluzione di continuità, il rinnovo o l'affidamento di un altro incarico;
- dei dirigenti di nuova assunzione subito dopo il termine del primo quinquennio di servizio, ai fini dell'attribuzione di una diversa tipologia di incarico (art.18 comma 2) e del passaggio alla fascia superiore della indennità di esclusività;

- di tutti i dirigenti ai fini del passaggio alla fascia superiore di esclusività, per i dirigenti che hanno superato il quindicesimo anno di esperienza professionale e subito dopo tale superamento;
- la valutazione di prima istanza attiene alla verifica e alla valutazione di merito dei risultati conseguiti e delle attività professionali svolte, rappresentando il momento conclusivo di un processo articolato di definizione dei risultati e delle attività attesi, di monitoraggio e confronto periodico e, infine appunto, di valutazione conclusiva di quanto conseguito.

La valutazione di seconda istanza attiene alla verifica e alla validazione della correttezza metodologica della valutazione attuata in prima istanza, con la possibilità di modificarla e integrarla qualora si rilevassero anomalie significative, certificando così le valutazioni finali.

Effetti della valutazione positiva dei risultati raggiunti da parte dell'OIV

L'esito positivo della valutazione annuale comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato.

L'esito positivo della valutazione annuale concorre anche alla formazione della valutazione delle attività professionali da parte del collegio tecnico.

Per i dirigenti neoassunti che non hanno raggiunto i 5 anni di servizio, l'esito positivo delle verifiche annuali è condizione per il progressivo ampliamento degli ambiti dell'incarico di base.

Effetti della valutazione positiva delle attività professionali da parte del collegio tecnico

La valutazione del collegio tecnico riguarda tutti i dirigenti e tiene conto:

- dei risultati conseguiti e delle competenze dimostrate nello svolgimento delle attività professionali;
- della collaborazione interna e del livello di partecipazione multiprofessionale nell'organizzazione dipartimentale;
- dei risultati delle procedure di controllo (appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, orientamento all'utenza, certificazioni di qualità dei servizi);
- della capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole all'uso ottimale delle risorse;
- della capacità dimostrata nel gestire le innovazioni tecnologiche e procedurali, in particolare nelle procedure di negoziazione del budget, nei processi formativi e nella selezione del personale;

- della capacità di promuovere, diffondere e gestire linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostiche terapeutiche aziendali;
- delle attività di ricerca clinica applicata, delle sperimentazioni e delle attività di tutoraggio formativo;
- del raggiungimento del minimo di credito formativo;
- del rispetto del codice di comportamento.

L'esito positivo della valutazione e del collegio tecnico comporta, per i dirigenti titolari di incarico diverso da quello di base e il cui termine sia scaduto, la condizione per la conferma dell'incarico già assegnato o per il conferimento di altro incarico della medesima tipologia di pari o maggior rilievo gestionale, economico e professionale, nel rispetto dell'art. 19 (affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali diversi dalla direzione di struttura complessa – criteri e procedure) e dell'art. 20 (affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa – criteri e procedure).

Per i dirigenti neoassunti il cui incarico sia scaduto prima del compimento del quinto anno di servizio tale esito è finalizzato al progressivo ampliamento degli ambiti dell'incarico di base come previsto all'art. 18, comma 1 del CCNL:

- per i dirigenti neoassunti, al termine del quinto anno realizza la condizione per il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività e per l'attribuzione di una diversa tipologia d'incarico come previsto dall'art. 18 comma 2 (tipologie d'incarico);
- per i dirigenti che hanno già superato il quindicesimo anno, consente il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività al maturare dell'esperienza richiesta.

La valutazione negativa

La formulazione del giudizio negativo deve essere preceduta da un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente interessato, anche assistito da una persona di fiducia.

Effetti della valutazione negativa da parte del collegio tecnico (art. 62 CCNL 19 dicembre 2019)

Il dirigente di struttura complessa che non supera positivamente la verifica alla scadenza dell'incarico non è confermato.

Lo stesso è mantenuto in servizio con altro incarico tra quelli ricompresi nell'art. 18, comma 1, punto I, lett. b) e c) e punto II, lett. a), b) e c) (tipologie d'incarico), congelando contestualmente un posto vacante di dirigente. Il mantenimento in servizio comporta la perdita dell'indennità di struttura complessa ove attribuita e l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore.

Nei confronti dei restanti dirigenti, il risultato negativo della verifica del collegio tecnico, effettuata alla scadenza dell'incarico, non consente la conferma nell'incarico già affidato e comporta l'affidamento di un incarico tra quelli dell'art. 18, comma 1, punto II, lett. a), b) e c) (tipologie d'incarico) di minor valore economico nonché il ritardo di un anno nell'attribuzione della fascia superiore dell'indennità di esclusività ove da attribuire nel medesimo anno.

Per i dirigenti con incarico professionale di base, al compimento dei 5 anni di servizio, il risultato negativo della verifica comporta il ritardo di un anno nel conferimento di un nuovo incarico come previsto dall'art. 18, comma 2 (tipologie d'incarico) nonché nell'attribuzione della fascia superiore dell'indennità di esclusività.

Per tutti i dirigenti in caso di valutazione negativa, la retribuzione di posizione complessiva è decurtata in misura non superiore al 40%.

I dirigenti, dopo la valutazione negativa, sono soggetti a una nuova verifica l'anno successivo per l'eventuale rimozione degli effetti negativi della valutazione con riguardo all'indennità di esclusività e alla decurtazione della retribuzione di posizione complessiva.

La disciplina sulla valutazione negativa contenuta nell'ultimo CCNL del 19 dicembre 2019 prevede conseguenze maggiormente incisive rispetto alla disciplina previgente.

Effetti della valutazione negativa dei risultati da parte dell'organismo indipendente di valutazione (art. 61 CCNL 19 dicembre 2019)

Al riguardo rimane vigente quanto previsto dall'art. 30 del CCNL 3 novembre 2005 con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie. In tal caso l'effetto tipico risulta la perdita della retribuzione di risultato in tutto o in parte con riguardo all'anno della verifica a carico del dirigente sia titolare di incarico di struttura sia titolare di incarico professionale.

14.6 La nuova maggiorazione della retribuzione di risultato ai sensi dell'art. 93, commi 7, 8 e 9 del CCNL 19 dicembre 2019

Ai dirigenti che conseguono le valutazioni più elevate può essere attribuita una maggiorazione della retribuzione di risultato aggiuntiva. Tale maggiorazione aggiuntiva viene definita in sede di CCIA contrattazione integrativa aziendale e non può essere inferiore al 30% del valore medio pro-capite della retribuzione di risultato attribuita ai dirigenti valutati positivamente.

Sarà sempre la contrattazione integrativa aziendale a definire una limitata quota massima di dirigenti ai quali attribuire la suddetta maggiorazione (p.es. il 10% dei dirigenti assegnati per ogni dipartimento, UOC, UOSD)⁴.

⁴ Per una prima applicazione dell'istituto di cui all'art. 93 comma 7 CCNL 19 dicembre 2019 cfr. «Ipotesi di CCIA in materia di retribuzione di risultato dirigenza area sanità – anno 2020, 1 aprile 2021», ASST Sette Laghi (www.asst-settelaghi.it).

14.7 Conclusioni

È troppo presto per fare considerazioni su questo nuovo ed ennesimo strumento contrattuale, la cui *ratio* è di favorire la differenziazione della valutazione, anche tra le best performances aziendali, favorendo la migliore ripartizione del trattamento economico dei dirigenti sanitari tra i tre pilastri fondamentali:

- retribuzione tabellare (quota fissa);
- retribuzione di posizione (quota fissa, ma differenziata in relazione al ruolo);
- retribuzione di risultato (quota variabile).

In pratica, ogni medico o professionista sanitario riceve una retribuzione composta da queste tre parti. Una parte fissa legata alla professione svolta e all'anzianità (circa il 70% dello stipendio), una seconda parte legata al ruolo (15-20 %) e una terza parte variabile correlata al grado di sviluppo professionale e alle responsabilità gestionali attribuite (circa il 10-15%).

Questo sistema, introdotto verso la fine degli anni Novanta, mirava a stimolare il professionista sanitario (promosso «dirigente» in quegli stessi anni) al raggiungimento di risultati migliori in termini di qualità, efficienza ed efficacia.

Nonostante la bontà del disegno di riforma dell'impianto contrattuale, non sempre si sono raggiunti gli effetti sperati. E ciò per svariate ragioni:

- l'ammontare dei fondi per la retribuzione di posizione e di risultato sono stati sempre ridotti a vantaggio del monte salari per la retribuzione tabellare;
- è stato registrato un atteggiamento buonista che ha preferito distribuire premi un po' a tutti con scarsa differenziazione degli stessi;
- i riconoscimenti di carattere professionale o morale, quale un giudizio positivo nella valutazione oppure la possibilità di partecipare a percorsi formativi hanno spesso costituito una gratificazione ambita dal professionista, anche oltre quella di matrice economica.

In questa triade hegeliana, la tesi (differenziazione in base al merito e ai risultati gestionali) e l'antitesi (appiattimento delle valutazioni e destinazione di tutte le risorse verso il tabellare) trovano una soluzione (sintesi) nei tavoli di contrattazione integrativa aziendale, ove è necessaria una delegazione di parte pubblica ben preparata e risoluta per concretizzare i principi delle norme legislative e contrattuali che sono state esaminate in questo contributo.

In sintesi

L'obiettivo di tutti i professionisti della dirigenza sanitaria è quello di fare una «buona sanità», intendendosi l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di qualità.

Per ottenere qualità è necessario misurare. La misurazione è alla base della valutazione: infatti la sanità è parte del sistema di quelle pubbliche amministrazioni per le quali, come abbiamo visto, i D.lgs. Brunetta (n. 150 del 2009) e Madia (n. 74 del 2017) confermano la necessità di sviluppare sistemi oggettivi di valutazione finalizzati alla misurazione della performance organizzativa e individuale.

Nella performance organizzativa, le aziende sanitarie, in coerenza con gli strumenti di programmazione economica annuale, definiscono gli obiettivi operativi (di diretta derivazione dalle regole di sistema regionale), gli obiettivi strategici (attinenti a specifiche aree di interesse aziendale e regionale), nonché gli obiettivi propedeutici (che dovrebbero essere un'attività divenuta ormai consolidata, quali flussi informativi ecc.).

Gli obiettivi individuati vengono ripresi, di norma, nelle schede di budget e sono oggetto di monitoraggio durante l'esercizio annuale da parte del controllo di gestione, anche al fine di verificare eventuali scostamenti significativi e le relative cause.

Infatti, il controllo di gestione effettua verifiche periodiche, funzionali alle esigenze di rendicontazione aziendale sia agli organismi di controllo interno che agli uffici regionali.

Nel processo di budget, si prevede che il controllo di gestione raccolga da ogni singolo direttore/responsabile di struttura la documentazione inerente all'effettivo coinvolgimento di tutti i collaboratori, che potrà essere asseverato da un verbale di comunicazione e condivisione siglato da tutti i componenti dell'équipe.

Tali obiettivi, preventivamente illustrati dal dirigente responsabile dell'articolazione aziendale a tutti i dirigenti dell'unità operativa, sono assegnati formalmente a ciascuno di essi secondo la tipologia degli incarichi agli stessi conferiti, come previsto dall'art. 93 comma 3 del CCNL 19 dicembre 2019.

Tali obiettivi sono coerenti con l'impegno orario e con il carico di lavoro dei singoli dirigenti, dal momento che la retribuzione di risultato compensa anche l'eventuale superamento dell'orario di lavoro di cui agli articoli 24 e 25 del citato CCNL dell'area sanità.

I singoli direttori/responsabili di struttura devono informare i propri collaboratori in merito agli esiti del monitoraggio periodico, anche mediante la diffusione dei report pervenuti.

Nella performance individuale, la valutazione coinvolge i dirigenti sanitari attraverso una specifica scheda di valutazione, che sono differenziate di norma in relazione all'incarico conferito.

Spetta adesso al CCNL del nuovo triennio 2019-2021 (ormai interamente trascorso), migliorare e rendere più sistematiche le applicazioni esaminate per il personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario italiano.

Ripasso

1. La valutazione dei dirigenti sanitari:

- A. È facoltativa se l'azienda sanitaria la ritiene opportuna
- B. È diretta anche a verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati e le capacità professionali

- C. È preordinata al reclutamento tramite i concorsi pubblici per titoli ed esami
- D. Consente il licenziamento immediato in tronco del dirigente sanitario dopo la prima valutazione negativa

2. *Gli organismi per la verifica e la valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti sanitari sono:*

- A. Il collegio sindacale e il consiglio dei sanitari
- B. Il comitato del dipartimento e l'organismo paritetico per l'innovazione
- C. Il direttore sanitario e il direttore sociosanitario
- D. Il collegio tecnico e l'organismo indipendente di valutazione (OIV)

3. *La performance:*

- A. Coincide con il debito orario settimanale
- B. È il contributo che un dirigente o una unità operativa apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e obiettivi per i quali l'organizzazione è stata costituita
- C. Rappresenta il miglior risultato singolo del singolo dirigente
- D. Coincide con il numero dei giorni lavorati in un anno al netto delle ferie e delle assenze per malattia

4. *Tra gli effetti della valutazione positiva dei risultati raggiunti da parte dell'organismo indipendente di valutazione (OIV) rientra:*

- A. L'attribuzione al dirigente di una progressione economica orizzontale (PEO)
- B. L'attribuzione al dirigente della retribuzione di risultato
- C. La proposta di un nuovo incarico gestionale
- D. L'attribuzione di una nota di merito da inserire nel curriculum formativo e professionale

Riferimenti bibliografici

ASST Sette Laghi, «Ipotesi di CCIA in materia di retribuzione di risultato dirigenza area sanità – anno 2020», 1 aprile 2021, www.asst-settelaghi.it.

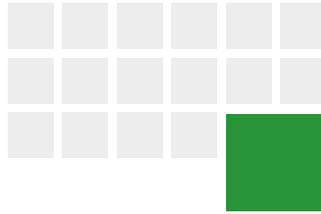
Bravi C., Brazzoli G., Del Sorbo N., Gutierrez L.M., Lattuada P., Laurelli F., Locato F., Lombardo M., Manfredi S., Nofroni L., Ramponi I.M.A., Russo T., Stocco M., Genduso G., Micale G. (2018), *Panoramica sui sistemi di valutazione delle aziende sanitarie pubbliche in Italia: misurare le performance di aziende o del direttore generale? Sanità pubblica e privata*, Maggioli Editori, Santarcangelo di Romagna.

Clarich M. (2019), *Manuale di diritto amministrativo*, il Mulino, Bologna.

Lega F. (2018), *Economia e management sanitario*, Egea, Milano.

Monteduro F. (2020), *Gestire e valutare la performance nella PA. Guida per una lettura manageriale del D.lgs. 150/2009. Il ciclo di gestione delle performance*, Maggioli Editori, Santarcangelo di Romagna.

Napolitano G. (2014), *La logica del Diritto Amministrativo*, il Mulino, Bologna.



15

Le politiche di people strategy in sanità: sistemi di valutazione della performance dei dirigenti

Cristina Filannino

15.1 Le politiche di people strategy nelle organizzazioni sanitarie

«La persona è la risorsa più critica», «le persone vengono al primo posto», «gli uomini sono la principale fonte del vantaggio competitivo», sono affermazioni che trovano oggi concordi tutte le aziende sanitarie pubbliche e/o private accreditate e che ricorrono continuamente nelle mission aziendali, nelle vision, nelle interviste ai direttori generali, nei dibattiti pubblici: in tutte quelle occasioni in cui le direzioni strategiche esprimono quello che vorrebbero o dovrebbero essere le aziende che dirigono.

Nella realtà, tuttavia, questo enunciato spesso non si traduce in fatti, politiche e prestazioni convincenti: l'orientamento strategico delle aziende sanitarie rispetto alle risorse umane si è contraddistinto nel tempo per essere nebuloso e per non essere stato il motore di cambiamento nei confronti delle scelte aziendali verso l'utente interno. L'attenzione alla risorsa umana, mediante azioni e programmi di «gestione e sviluppo delle risorse umane» deve intervenire sulla vision e sulla cultura dell'azienda, traducendosi e assicurando la trasformazione dei comportamenti organizzativi in coerenza con i fattori fondamentali di successo per la generazione di valore di «scambio tra organizzazione e persona».

Se si parte dall'assunto che la «people strategy» è quella componente della business strategy che guarda alla people e consiste «in un mix integrato di politiche, di programmi e prassi quotidiane, ispirato a un valore-guida e finalizzato al cambiamento dei comportamenti, e il cui impatto si misura nell'accrescimento del valore del capitale umano e quindi del business di riferimento» [Protasoni, 2003], si comprende il valore di tale scelta per il personale, asset intangibile dell'organizzazione, qui azienda di servizi alla persona. Il termine people strategy non è solo da intendersi come un nuovo «inglesismo» correlato a una

nuova «moda organizzativa»: è il superamento della più tradizionale «politica delle risorse umane», per altro anch'essa spesso poco efficace, orientata a soddisfare i fabbisogni individuali (identità, stabilità, sviluppo) affermando che la dimensione della «people» è parte integrante della strategia di business e genera «valore aziendale» puntando sulle specificità delle risorse a disposizione che creano «vantaggio competitivo» facendo leva su competenze essenziali per raggiungere un vantaggio sostenibile sulla concorrenza (organizzazioni resource-based view o RVB, ossia istituti che basano loro il funzionamento su una visuale dell'azienda fondata sulle risorse umane).

Due sono i fattori da presidiare per la realizzazione di una people strategy aziendale:

- il contesto strategico, ovvero le diverse tipologie di situazioni strategiche che caratterizzano i segmenti di attività (o le tipologie di utenza servita) e che sono determinati dalla business strategy complessiva (la traduzione operativa della mission aziendale e degli obiettivi di mandato dei direttori generali delle aziende sanitarie);
- il contesto della specificità, ossia il capitale umano dell'azienda inteso come insieme di competenze, attitudini, esperienze e valori della persona. Si tratta quindi del profilo dei comportamenti esistenti e delle dimensioni che li influenzano. La people strategy opera per l'allineamento dei comportamenti individuali verso il profilo dei comportamenti attesi identificando contenuti e modalità sostenibili per lo «scambio di valore» tra azienda e persona.

Sulla scorta di queste considerazioni lo spunto su cui riflettere è il seguente: può nella pubblica amministrazione e in particolar modo nella sanità, esistere una cultura «delle persone», laddove spesso è difficile evidenziare i meriti degli operatori e costruire regole gestionali che evidenziano la diversità e la meritocrazia, «smantellando» l'appiattimento che impedisce di vedere il contributo e le potenzialità dei singoli sui quali costruire percorsi di crescita e di responsabilizzazione professionale? Può esistere il contesto della specificità di un ospedale o di distretto rispetto a un altro? In che cosa concretamente si manifesta?

È compito delle direzioni generali aziendali cercare, creare, rafforzare la propria specificità, soprattutto per un confronto costruttivo con la Regione che esercita il ruolo di governance sulle aziende e di regolatore del sistema di offerta di prestazioni sanitarie regionali?

Le scelte fatte da alcune Regioni, tra cui Regione Lombardia, in tema di Educazione Continua in Medicina (ECM) rappresentano in modo adeguato la possibilità per le aziende sanitarie lombarde di lavorare sul proprio contesto della specificità e di attivare alcune leve della people strategy, quali: la combinazione della formazione con lo sviluppo professionale, il coinvolgimento dei professionisti e dei dirigenti gestori di risorse, l'identificazione dei gap di capacità e conoscenze necessarie all'esercizio delle responsabilità di ogni professionista oggetto di processi di valutazione professionale.

Obiettivo del presente scritto è identificare quali condizioni organizzative permettono la progettazione di una people strategy corretta e adeguata alla gestione di professionisti della

salute in ambito aziendale, passando dai modelli teorici di riferimento alle variabili ambientali (progressi scientifici-tecnologici, leggi nazionali e/o regionali, contratti di lavoro) e/o istituzionali che oggi inducono a mappare e valutare la dimensione gestionale e/o professionale del medico mediante percorsi di accreditamento.

Ci si propone di identificare i primi presupposti per costruire un percorso di valutazione di un dirigente medico, evidenziando le criticità e i punti di forza del modello nonché gli strumenti operativi a supporto, che rispondono però alle esigenze e ai criteri di una people strategy che premia la valorizzazione dei talenti.

15.1.1 I profili di people strategy

Principio decisivo per la corretta analisi finalizzata alla corretta scelta delle politiche del personale da intraprendere è l'individuazione dei diversi segmenti di popolazione su cui agire con una people strategy mirata.

La segmentazione della popolazione per livello di competenze distintive e per difficoltà di sostituzione nel mercato del lavoro interno ed esterno determina la differenziazione di valore del capitale umano dell'azienda.

In particolare, sono stati individuati tre criteri prevalenti di segmentazione della popolazione, tutti centrati sul criterio del contributo alla generazione del valore e che in sanità, se applicato, può completamente modificare l'approccio alla risorsa umana:

- *segmentazione in base al grado di responsabilità*: il primo criterio di applicazione del criterio della responsabilità divide la popolazione dell'organizzazione in vertici, dirigenti, quadri. Tale suddivisione rappresenta sia il livello di contributo atteso sia la scelta di allocazione della dimensione di investimento da parte dell'azienda. Questo criterio è sempre applicato nelle aziende sanitarie;
- *segmentazione in base al profilo di competenza professionale*: in questo caso i segmenti di popolazione che determinano il maggior valore aggiunto sono individuati sulla base del profilo di competenza professionale. In particolare, la differenziazione di key people e talenti assume un peso strategico per il successo aziendale. In questo contesto comincia ad avere rilevanza la gestione personalizzata, e non per segmento, delle professionalità critiche. Questo criterio è embrionalmente applicato in alcune aziende sanitarie;
- *segmentazione in base al contributo di innovazione/sviluppo*: l'oggetto del focus è costituito dalle popolazioni ad alta specificità rispetto al conseguimento dei risultati dei progetti strategici. È dominante il criterio di segmentazione basato sul contributo allo sviluppo. Questo criterio, se riconosciuto importante e utilizzato per la categoria dei dirigenti professional, è quasi sempre un di cui del criterio di segmentazione precedente [competenza professionale].

All'interno di questi segmenti – talenti, alti potenziali, key people – acquista rilevanza la gestione personalizzata. Rimangono significativi i segmenti determinati sulla base delle competenze, la cui gestione è differenziata, mentre perde peso la differenziazione in termini di responsabilità che rappresenta sempre meno il reale contributo alla generazione di valore.

La differenziazione sulla base delle competenze trova difficile attuazione nelle aziende sanitarie, non per impossibilità di applicazione, ma per difficoltà culturali, prima tra tutte il principio di trasparenza tra i livelli di autonomia professionale all'interno di ogni équipe ospedaliera e territoriale.

Esiste un collegamento logico, anche se non meccanico, tra le tipologie di contesto strategico e i 5 profili fondamentali di people strategy che risultano dalla lettura delle esperienze maturate in tal senso.

Questi 5 profili sono potenzialmente tutti presenti nella stessa azienda, se determinati dalla coesistenza di una pluralità di contesti strategici. Per definizione, quindi, non esiste alcun profilo ideale di people strategy. Il valore del modello risiede nella coerenza esterna (con le tipologie di contesto strategico), nella coerenza interna delle attività (mix di politiche e progetti) e dal grado di sostenibilità e di fattibilità (influenzato dal contesto della specificità).

I 5 profili di people strategy, utili poi per comprendere gli scenari e orientare le scelte in sanità, sono così classificati:

- 1) people strategy di continuità. La priorità è ottenere un funzionamento eccellente e garantire la continuità delle prestazioni organizzative, mantenendo o acquisendo motivazione e consenso.

Il *valore guida* è il funzionamento dell'organizzazione che deve esprimere alti livelli di efficacia ed efficienza nella sua operatività. Privilegia la dinamica del «salario di base» (base salary) sulla base di job evaluation e sui sistemi di performance appraisal che combinano la valutazione dei risultati e dei comportamenti organizzativi, con la formazione a sostegno delle responsabilità organizzative.

Aree di attenzione: monitoraggio della propria situazione rispetto al sistema competitivo (sistemi, performance, metodologie ecc);

- 2) people strategy di spinta. Si vuole costruire la posizione competitiva attraverso la spinta sul risultato. Il valore di ogni ruolo è misurato in relazione al contributo che porta al risultato. La politica prevalente è quella di compensation che ha grande capacità e immediatezza di presa.

Il *valore guida* è il risultato che diventa la finalità e il misuratore dell'organizzazione a tutti i livelli: azienda, unità organizzativa, singolo ruolo, individuo. Si richiede elevato livello di dedizione e continuità professionale anche nella stessa funzione/posizione: il valore del risultato come principio è rafforzato dalla correlazione tra obiettivi aziendali, individuali, di team, risultati e compenso variabile.

Aree di attenzione: il mantenimento del livello di consenso e il monitoraggio del livello di stress organizzativo generato dalla caduta a cascata (stretching) degli obiettivi;

- 3) **people strategy di posizionamento:** aree di business a forte competitività e sofisticazione della domanda richiedono di costruire competenze capaci di assicurare un vantaggio competitivo duraturo per l'azienda. Il valore guida consiste nel comunicare alle persone che le competenze diventano fonte di vantaggio competitivo. I pilastri fondamentali sono le ricompense (rewarding) a sostegno dei risultati e i progetti di gestione per competenze a sostegno della loro continuità. Il *valore guida* è la competenza. Il risultato e la sua continuità sono garantiti a livello individuale e aziendale dalla presenza di profili di competenze fortemente focalizzati e caratterizzati. Acquisire e sviluppare le competenze critiche e governare le relazioni tra fattori di successo del business, competenze, risultato è il focus del mix di politiche e dà senso e valore allo stare in azienda del singolo individuo. *Aree di attenzione:* guidare il giusto livello di differenziazione in rapporto alle reali esigenze di integrazione e orientare i processi di ibridazione delle competenze;
- 4) **people strategy di amplificazione.** Con aree di business in grande crescita in termini di tecnologia e mercato l'attenzione è volta a identificare opportunità innovative di business e a far convergere con rapidità tutte le risorse necessarie sui progetti di sviluppo. Il *valore guida* è l'innovazione. Il progetto ha la priorità rispetto alle norme di funzionamento dell'organizzazione stabile. È decisiva la condivisione del modello mentale dell'innovazione con la rapidità e incisività con cui tutta l'organizzazione sa integrarsi e agire. *Aree di attenzione:* il mantenimento di una cultura di «corretto posizionamento» (rightsizing) e la focalizzazione sulla piattaforma strategica di competenza;
- 5) **people strategy di cambiamento (turn around).** Il valore guida consiste nel sostenere il profondo cambiamento culturale a supporto del ri-orientamento strategico. Ciò è possibile attraverso il cambiamento del mix e del profilo delle risorse, la rottura degli equilibri consolidati. Le politiche prioritarie sono il reclutamento/assunzione (accompagnato da un intenso processo di sostituzione) e la ricompensa. Il *valore guida* è il cambiamento (change). Attuare il profondo cambiamento culturale a supporto del ri-orientamento strategico e sostenere la salvaguardia delle performance dell'azienda attraverso la continuità di processi e comportamenti nei quali le persone possano riconoscersi. *Aree di attenzione:* il «lasso di tempo» (time frame) entro cui produrre risultati visibili e il livello di consenso sostenibile sulla nuova «vision».

15.1.2 I modelli di people strategy e la coerenza con la mission delle aziende sanitarie

Il tema della motivazione di chi lavora e di come far recuperare senso «di appartenenza» al personale medico o al personale sanitario è oggi un tema di estrema attualità nella gestione delle aziende sanitarie.

A questo proposito sistemi che avvallino il principio della meritocrazia e strumenti operativi come la valutazione sono continuamente progettati e riprogettati al fine di trovare la soluzione all'annoso problema di come costruire scenari che facciano lavorare meglio, premiando l'efficienza e la produttività del personale anche in assenza di riconoscimenti economici importanti.

Il focus sulle politiche, sistemi e strumenti verso soluzioni *ad hoc* è una delle dimensioni chiave di caratterizzazione delle people strategy in rapporto ai diversi contesti strategici: ogni profilo di people strategy contraddistingue il modo di utilizzare e valorizzare il capitale umano ai fini del contesto strategico. Nella realtà sono frequenti le sue ibridazioni (p. es. istintività e innovazione), cui devono corrispondere analoghe ibridazioni delle people strategy (p. es. posizionamento e amplificazione). Questa precisazione rende forse più evidente la grande «ambiguità» su cui poggiano i sistemi di gestione delle risorse umane e i sistemi motivazionali in sanità: si persegue un contesto strategico di «stabilità e spinta» il cui valore guida è il «funzionamento» improntato alla produzione, per far muovere il quale la leva principale è la «compensation», dimensione invece poco consistente in sanità e assolutamente non stimolante perché i professionisti si implicino proficuamente con il sistema di cui sono parte attiva.

Si utilizza un modello di people strategy che nella forma risponde alla logica di correlazione tra obiettivi aziendali, individuali, di team, risultati e compenso variabile, che:

- identifica i segmenti di popolazione in relazione al contributo fornito all'incremento di risultati;
- introduce l'uso di forme di riconoscimento variabili (bonus, incentivi individuali e di gruppo);
- costruisce relazioni automatiche tra obiettivi quantitativi e incentivi individuali per mezzo di strumenti deterministici quali l'MBO, la balance scorecard.

Senza però:

- poter far leva sulla dimensione economica poiché i fondi non sono sufficienti;
- spingersi nel variabilizzare parte dello stipendio, in questi anni cresciuto invece nella parte tabellare pensionabile, aumentando – al contrario – la parte variabile sul fisso che dovrebbe differenziarsi in relazione all'incidenza dei risultati.

Il contesto appena descritto non è sostenibile e non è funzionale agli interessi degli attori in gioco: la Regione che deve monitorare il costo del personale, le aziende sociosanitarie che devono puntare alla produzione senza poter modificare i fondi destinati all'incentivazione degli operatori, il personale che accetta di essere valutato ma che preferisce incrementi del tabellare indipendenti dai risultati conseguiti.

I contesti sanitari meglio si prestano a modelli di people strategy di posizionamento o di amplificazione, dove il contesto strategico mira a costruire una leadership attraverso un posizionamento competitivo distintivo, individuando anche nuove idee e opportunità di «core business».

Se in sanità la people strategy basata quasi esclusivamente sulla compensation non è sostenibile bisogna allora introdurre un modello di creazione del valore che si basi sulle persone e che abbia come fattore guida il vantaggio competitivo duraturo per l'azienda fondato sulle competenze, generando comportamenti distintivi individuali e collettivi per il sostegno del differenziale rispetto ai competitori.

Individuare le competenze core da proteggere e da sviluppare, focalizzare e differenziare gli investimenti sulle persone in relazione al loro profilo di valore in termini di prestazioni, competenze e potenziale: applicando la people strategy in linea con il contesto strategico, ma corrispondente alle condizioni di contesto ambientale, l'azienda sociosanitaria può spronare le persone a comportamenti distintivi che portano all'eccellenza fornendo, in cambio, il valore della professionalità, dell'autosviluppo come leva della propria crescita individuale e professionale: «un mondo di professionisti» vincenti sul mercato perché «più bravi degli altri».

Politiche di posizionamento «distintivo» necessitano che la people strategy si regga su due pilastri: il rewarding a sostegno dei risultati e le clinical competence a sostegno della loro continuità.

A questo punto l'anello debole della catena, il denaro, è però compensato dal valore riconosciuto di quello che il professionista sa fare internamente ed esternamente all'unità operativa, passando non solo dalla logica della posizione a quella delle competenze ma ancora di più a quello del livello di competenze possedute e sviluppate.

La formazione, che ha lo scopo di generare apprendimento di comportamenti di successo per lo specifico business, porta a usare come leva un'offerta di percorsi di sviluppo fortemente personalizzati e focalizzati su competenze prioritarie con un forte coinvolgimento dei capi come coach e delle persone nel loro self development con un processo di progettazione e attività in cui la stessa linea è corresponsabilizzata non solo nella committenza, ma nella gestione e nella misura dei risultati delle azioni di sviluppo.

Intento di queste riflessioni è proprio quello di ipotizzare un modello e degli strumenti operativi che consentano la valorizzazione professionale in sanità, a patto che il contesto strategico sia in linea con questo cambiamento epocale.

15.1.3 Le organizzazioni basate sul talento

Sebbene molte aziende abbiano iniziato a riconoscere quanto sia rilevante il ruolo dei talenti per il proprio successo, poche lo gestiscono in modo strategico.

Ma che cos'è di fatto un'organizzazione basata sul talento? È un'organizzazione che investe nella costruzione di capacità particolari per gestire il talento, qui clinical competence, al fine di produrre risultati eccezionali.

Il talento è inteso come la somma dell'esperienza, della conoscenza, delle competenze, dei comportamenti che una persona possiede e fa confluire nel lavoro: viene perciò usato come termine omnicomprensivo per descrivere le risorse umane che le organizzazioni vogliono acquisire per raggiungere i propri obiettivi aziendali. Queste organizzazioni sanno come definire le esigenze del talento, sviluppare talenti singoli e collettivi e allocare il talento con modalità che coinvolgano e allineano i singoli nella realizzazione di una serie di obiettivi interessanti. Questa capacità di gestione del talento, se ben integrate, allineate con la strategia aziendale e radicate nelle sue attività, costituiscono una capacità organizzativa distintiva e una fonte di vantaggio competitivo duraturo. Le organizzazioni basate sul talento coltivano queste capacità distintive consentendo alla forza del talento di spingere l'azienda verso elevate performance.

I cinque imperativi del talento, che sono determinanti per il successo duraturo di ogni organizzazione sono i seguenti:

- 1) *il talento è un elemento strategico e la strategia del capitale umano è un elemento sostanziale per ogni strategia aziendale.* È quindi fondamentale capire il valore del talento e individuare le componenti cruciali della strategia aziendale riflettendo attentamente sul talento, sulle implicazioni e sulle opzioni organizzative;
- 2) *la diversità è il principale asset dell'azienda e la capacità di attirare talenti diversi e di metterli a frutto rappresenta un vantaggio competitivo fondamentale;*
- 3) *l'apprendimento e lo sviluppo delle competenze sono la capability più importante per l'organizzazione basata sul talento: occorre focalizzare e costruire il loro sviluppo, individuando in modo chiaro le competenze specifiche di cui l'azienda ha bisogno per raggiungere il successo;*
- 4) *l'engagement è l'ingrediente misterioso che può trasformare le performance aziendali. Allineando e motivando le persone si può moltiplicare il talento nell'organizzazione e migliorare le performance. Senza entrare nel merito di questo tema che necessiterebbe di ampie trattazioni, si desidera però qui ricordare quali sono i driver considerati primari dell'engagement, meglio conosciuti come le sei C: contenuto, coping (adattamento e gestione dello stress e del conflitto), compenso, comunità, congruenza, carriera, ognuno dei quali richiede specifici *tools* di quantificazione e gestione (Figura 15.1);*
- 5) *la cura e lo sviluppo del talento riguardano tutti coloro che operano nell'azienda. La direzione risorse umane (HR) è attivatore fondamentale di questa cultura, ma è necessario che in tutta l'azienda siano radicate e sostenute best practice e una mentalità orientata al talento.*



Figura 15.1 – I driver dell'engagement: le sei C.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

15.1.4 I lavoratori della conoscenza

Se da qualche anno la natura del lavoro sta cambiando spostandosi verso un'economia basata principalmente sul lavoro della conoscenza e sulla ricerca del talento, questo principio è da sempre valido per le organizzazioni sanitarie che fondano soprattutto sul sapere di validi professionisti la loro consistenza organizzativa.

Chi sono i lavoratori della conoscenza e in che misura si comprende il loro ruolo nell'organizzazione?

Con questo termine, nato nella seconda metà degli anni Cinquanta (Drucker, 1959), si descrivono le persone che aggiungono valore all'organizzazione mediante la loro capacità di elaborare le informazioni esistenti per crearne nuove che potrebbero essere utilizzate per definire e risolvere i problemi. Sono state identificate caratteristiche particolari dei lavoratori della conoscenza, quali capacità di problem solving, di apprendimento, individualità, esigenza di autonomia e capacità di assimilare nuove informazioni o di vedere quelle esistenti in una nuova luce: hanno un forte senso del proprio valore, vogliono dimostrarlo e vogliono che sia riconosciuto (Davenport, 2005). Per sviluppare un talento occorre far sì che i dipendenti acquisiscano continuamente nuove abilità e capacità e che siano pronti ad assumere nuove responsabilità; è inoltre necessario stabilire un collegamento centrale tra lo sviluppo del talento dei dipendenti e la realizzazione dello scopo e della strategia aziendale: lo sviluppo del dipendente diventa quindi continuo e vitale all'interno della unità organizzativa in cui è collocato.

L'individuazione delle competenze, qui intese come l'insieme delle abilità, conoscenze e comportamenti che servono a una persona per ricoprire il suo ruolo in modo efficiente, deve essere perciò la base per collegare tutti i processi di gestione e di sviluppo, dal recruitment all'apprendimento, allo sviluppo, alla gestione della performance.

Gli schemi di competenze raggiungono l'utilità massima se offrono una visione pragmatica delle competenze più cruciali e distintive dell'azienda e se sono raggiungibili definendo gli standard in base ai quali mappare il talento necessario.

Gli elementi chiave dello schema sono le categorie di competenza che occorre reperire, focalizzandosi su quelle critiche e ordinarie richieste dai diversi gruppi di lavoro e puntando al giusto equilibrio tra pragmatismo e sufficiente percezione delle necessità.

Le categorie di competenze devono essere dimostrabili, misurabili, osservabili e generalmente si dividono in tre gruppi principali:

- competenze fondamentali, gruppi di abilità e caratteristiche comuni che riflettono i valori e la cultura dell'organizzazione nonché le esigenze di tutto il personale;
- competenze comportamentali, quali capacità personali e interpersonali (capacità di comportamento);
- competenze funzionali e tecniche, abilità e conoscenze richieste per espletare mansioni o incarichi (competenze distintive di area/dipartimento di appartenenza).

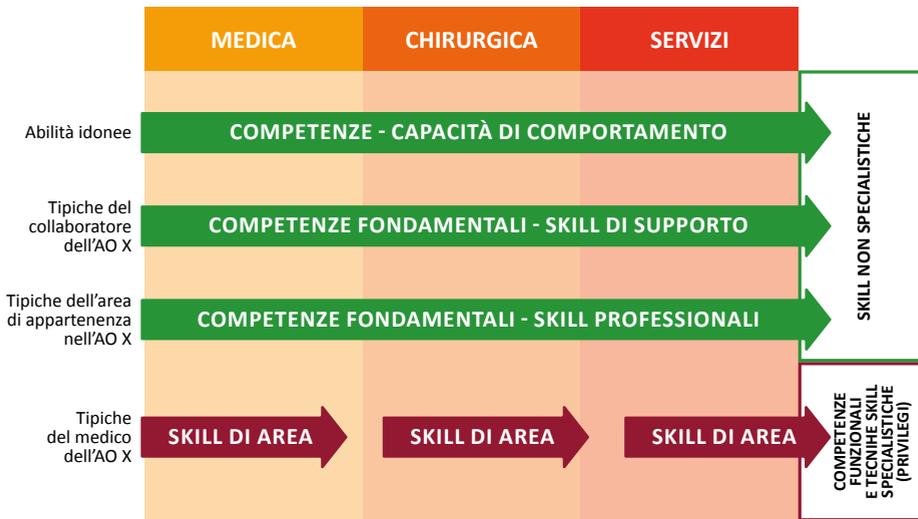


Figura 15.2 – Le conoscenze specifiche, le abilità idonee nei sistemi organizzativi.

Fonte: adattata da «L'impresa dei talenti» – Il Sole 24 Ore.

La gestione dei talenti, detti anche lavoratori della conoscenza, è il nuovo modello competitivo delle organizzazioni innovative e la sfida da affrontare è importante e sicuramente diversa dalle precedenti. Richiede un cambio di mentalità ispirato da una nuova leadership, caratterizzato da una nuova strategia, sostenuto da una nuova capacità.

A oggi, però, pochissime organizzazioni, e in particolare quelle pubbliche, dispongono delle risorse adatte ad affrontare questa nuova sfida anche se ci sono sia aziendali che contrattualmente alcune verifiche obbligatorie delle competenze che si basano proprio su quanto il dirigente professional sia maturato e cresciuto nel tempo rispetto alle competenze distintive richieste per l'esercizio del proprio ruolo. I metodi, l'approccio di base al tema del talento, l'infrastruttura di supporto alla gestione di questo tema sono aziendali inadeguati. I sistemi di misurazione, sia interni che esterni, non riescono a riconoscere e rilevare la nuova

natura del valore adottato dal sistema organizzativo e tanto meno gli investimenti necessari per aumentarlo. Alla struttura di specialisti cui vengono generalmente assegnate le problematiche relative al talento – la direzione risorse umane – spesso mancano le competenze e in alcuni casi la credibilità per impostare correttamente la soluzione strategica dei problemi.

Man mano che i top manager (Direzione strategica delle aziende socio-sanitarie) saranno più consapevoli di questo approccio e delle carenze esistenti vi sarà un'attenzione rinnovata nei confronti delle prassi, delle capacità dei direttori di struttura che governano i talenti e dei sistemi di misurazione da usare per gestire il talento in ambito organizzativo. Tutte le considerazioni fino a qui riportate ci evidenziano facilmente che il contesto dell'azienda sanitaria è uno dei più adeguati per sviluppare sistemi di people strategy che sviluppino e gestiscono talenti e conoscenze. Naturalmente l'impostazione delle funzioni organizzative e il management sono fondamentali e fanno la differenza, ovvero sono i conduttori perché queste dimensioni (i saperi e le condizioni organizzative) si incontrino, si integrino e producano gli effetti sino a ora descritti. A tale proposito il sistema di valutazione delle performance individuali è uno degli strumenti che, progettato con tale finalità, trasforma tecniche di gestione in più complete tecniche di sviluppo organizzativo.

15.1.5 Valorizzare le professionalità per migliorare il SSR: i principi espressi nei Piani socio-sanitari regionali

Gli obiettivi fondamentali del sistema socio-sanitario delle Regioni sono espressamente legati alle politiche del personale, alla valorizzazione delle professionalità, alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale.

In questa prospettiva grande valore viene attribuito alla risorsa umana, considerata come il fattore critico di successo nei servizi alla persona; punto focale ne è lo sviluppo e la valorizzazione, sia dal punto di vista professionale che dal punto di vista motivazionale.

Gli strumenti di valutazione saranno sempre più rivolti alle capacità gestionali e professionali, con riferimento alle esperienze maturate che alle competenze acquisite e richieste per i singoli profili.

Il valore della persona che lavora nel sistema sanitario regionale è stato già introdotto in molteplici legislature regionali nelle quali si sottolineava fortemente il ruolo del capitale umano, dell'impegno del sistema verso di esso e verso la formazione, quale strumento operativo di supporto alla qualità della sanità che si manifesta tramite l'opera dei suoi professionisti.

La formazione del personale sanitario deve essere considerata uno strumento al servizio della professionalità che necessita di un adeguato supporto per sostenere al meglio l'impatto con le nuove tecnologie e i modelli organizzativi.

La determinazione di un quadro regionale programmatico della formazione continua del personale è presupposto per l'individuazione in sede aziendale di azioni formative coerenti con la politica sanitaria regionale di sviluppo delle risorse umane, con lo sviluppo del modello organizzativo aziendale, nonché con l'attuazione dei progetti prioritari individuati dal Piano socio-sanitario.

In questo contesto di valorizzazione delle risorse umane la formazione manageriale è sviluppata e diffusa a tutti i ruoli a contenuto gestionale organizzativo; per le altre figure professionali si devono invece individuare percorsi di formazione a maggior contenuto tecnico professionale.

Entrambi i «filoni formativi» devono comunque essere rivolti alla logica di accreditare nel mercato del lavoro i professionisti della salute (sia in campo gestionale che specialistico). Il valore della formazione è infatti parte «strategica» della people strategy aziendale che, rafforzata così nella sua mission, deve creare e migliorare nel tempo le competenze strategiche dei singoli rispetto al ruolo ricoperto nella propria azienda sanitaria.

Le aziende sanitarie avendo a riferimento gli obiettivi di interesse nazionale, regionale nonché quelli specifici di azienda, definiscono il piano di formazione aziendale grazie a un'attenta analisi dei bisogni attraverso tecniche quali mappatura delle competenze presenti e necessarie, valutazione dei risultati della formazione e lo collegano agli istituti contrattuali in un'ottica di valorizzazione delle professionalità e di valutazione dei risultati ottenuti.

Se è quindi fondamentale il rafforzamento della formazione e dello sviluppo delle risorse umane, ogni azienda dovrà assicurarsi che l'attività di formazione sia attentamente mirata a creare e a rafforzare competenze strategiche alcune delle quali in stretta connessione con la gestione dei propri talenti interni.

A questo scopo uno degli aspetti più importanti per realizzare programmi di sviluppo del personale efficaci consiste nella corretta impostazione dell'analisi del bisogno, nel sostegno e partecipazione del management e nella valutazione degli effetti prodotti dalle iniziative avviate.

Il presidio di questa importante funzione aziendale consente di monitorare e avviare processi di miglioramento con tutto il sistema valutativo d'azienda, sistema operativo stabilmente collegato alla formazione e all'analisi dei fabbisogni formativi delle risorse umane operanti nelle aziende sanitarie.

Questi principi richiamano necessariamente il tema delle conoscenze, vale a dire la formazione richiesta a chi intraprende la carriera manageriale e chi intraprende la carriera professionale. È quindi necessario interrogarsi sul contenuto del lavoro del professionista responsabile di struttura e del professionista senza tale responsabilità e identificare la formazione mirata a coprire detti incarichi per definire bene il profilo necessario per ogni posizione di lavoro e il profilo posseduto dal personale a esso designato.

15.2 I sistemi di valutazione del personale dirigente nelle aziende ospedaliere

15.2.1 Il valore della valutazione nei sistemi organizzativi

Indipendentemente dal profilo di people strategy perseguito in azienda la valutazione delle prestazioni e delle persone è uno step fondamentale nella verifica delle competenze.

La valutazione del personale rappresenta un'importante strategia di management che può fornire validi risultati sia a livello di motivazione dei lavoratori che di miglioramento della qualità del servizio erogato.

Tale miglioramento viene conseguito utilizzando tecniche, procedure e strumenti di valutazione dell'attività scientificamente fondati, vale a dire basati su metodologie teorico-pratiche riconosciute come valide dalla comunità scientifica e applicate in modo pubblico, ripetibile e controllabile.

Il complesso processo di cambiamento in atto nelle strutture sanitarie vede il management impegnato a elaborare strategie per favorire l'introduzione di una cultura di responsabilizzazione sui risultati attraverso l'utilizzo di nuovi metodi di gestione del personale, fra i quali la valutazione.

La valutazione del personale, perciò, rappresenta una tappa obbligata del funzionamento di ogni sistema organizzativo in quanto verifica che si chiuda il ciclo tra formulazione di obiettivi strategici, risultati dell'organizzazione, contributo di ogni persona al raggiungimento degli stessi.

Le finalità del sistema di valutazione si possono così riassumere:

- migliorare le prestazioni degli individui;
- rilevare il potenziale umano e le competenze in funzione delle attività e dei servizi erogati;
- premiare il merito attraverso un riconoscimento economico;
- rendere esplicito, trasparente e analitico il processo di valutazione superandone i difetti di genericità e ambiguità;
- orientare i comportamenti organizzativi verso obiettivi specifici o nuove modalità di lavoro;
- definire occasioni formalizzate di scambio di informazioni su tutti gli aspetti concernenti il funzionamento della microstruttura organizzativa;
- favorire la crescita professionale degli individui attraverso interventi di sviluppo mirati.

In questi paragrafi si vuole riassumere come avviene e su cosa avviene la verifica del personale dirigente, fonte da sempre di numerosi dibattiti in ambito sanitario.

I sistemi di valutazione del personale si occupano di:

- valutare l'assolvimento delle responsabilità gestionali o professionali connesse a ogni incarico;
- valutare il contenuto delle prestazioni lavorative e l'aderenza rispetto agli standard assegnati.

I presupposti per una valutazione efficace includono:

- la conoscenza e la consapevolezza, fin dall'attivazione del rapporto di lavoro e mediante sottoscrizione del contratto individuale, dei criteri e delle regole che disciplinano il modello di valutazione adottato;

- la preventiva definizione dei valutatori, con particolare attenzione alla catena delle responsabilità gerarchico-funzionali e alla conoscenza diretta delle attività del valutato da parte del valutatore;
- la trasparenza delle procedure e dei meccanismi di valutazione e la loro applicazione puntuale e il più possibile oggettiva, mediante:
 - la definizione iniziale e la presentazione formale a tutto il personale degli obiettivi regionali e aziendali;
 - l'assegnazione formale di obiettivi individuali gestionali e/o professionali, da formalizzare tramite colloquio e sottoscrizione di una scheda individuale;
 - il monitoraggio costante dello stato di avanzamento di tutti gli obiettivi assegnati, mediante report quantitativi e qualitativi, da diffondere periodicamente a tutti i livelli della organizzazione;
 - la consuntivazione a fine anno, o alla scadenza degli incarichi professionali, di tutti i risultati raggiunti, mediante momenti di verifica congiunta e personalizzata nel corso dei quali sono motivate le valutazioni finali.
- L'adeguata formazione dei valutatori, in modo da garantire l'omogeneità nelle attitudini valutative e permettere valutazioni comparative fra medici che svolgono gli stessi compiti in unità operative diverse.

Il quadro normativo vigente, a tale proposito, prevede la costituzione di organismi di seconda istanza, composti da esperti esterni (nucleo di valutazione delle prestazioni per la valutazione annuale e collegio tecnico per le valutazioni di fine incarico dirigenziale) per garantire la correttezza del processo di valutazione e i principi di terzietà e imparzialità all'interno del quadro normativo vigente.

15.2.2 Il D.lgs. 150 del 2009 – Riforma Brunetta

Quando si parla di sistemi di valutazione non si può non citare la «riforma Brunetta» che ha introdotto, o in alcuni casi ribadito, il valore di alcuni presupposti per la pubblica amministrazione. Il D.lgs. 150 del 2009 nasce con l'intento di regolamentarne i livelli di produttività e, nel contempo, di generare sistemi meritocratici basati su un'equa distribuzione dei premi in funzione del coinvolgimento del dipendente nel raggiungimento delle performance organizzative.

Al decreto legislativo, particolarmente lungo e articolato, sono succedute una serie di delibere esplicative¹. Ai nostri fini sono importanti i titoli che riguardano:

¹ Le delibere sono state emesse da parte della CIVIT, Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche, nata per supportare operativamente l'applicazione della legge e il monitoraggio della stessa soprattutto negli enti della pubblica amministrazione centrale. Soppressa nel 2014, le sue funzioni sono state attribuite ad Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

- la definizione di performance organizzativa;
- gli ambiti della performance individuale e la loro valutazione;
- la premialità e i collegamenti con gli incarichi aziendali.

I concetti principali sono qui sinteticamente enunciati:

- a) Il D.lgs. si concentra sulla misurazione della performance, presupposto indispensabile per una compiuta valutazione della performance organizzativa e individuale. «*Performance*» è un concetto centrale nel decreto che può assumere una pluralità di significati: in questo caso è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto, il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione e, come tale, si presta a essere misurata e gestita. Un termine non italiano viene utilizzato nella nostra normativa assumendo inoltre un significato centrale e così completo tanto da soppiantare i tradizionali concetti di risultato, prestazione, esito ecc.

Se appropriatamente sviluppato, un sistema di misurazione può rendere un'organizzazione capace di:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Un fattore fondamentale per l'uso efficace di un sistema di misurazione della performance è il legame che deve sussistere tra il sistema e gli obiettivi. Questo aspetto ha importanti implicazioni per quanto riguarda:

- la tipologia e varietà di decisioni prese a livello strategico;
- la completezza delle informazioni disponibili a livello di vertice politico-amministrativo;

- la comprensione da parte dei dirigenti di obiettivi a livello organizzativo e target, dei processi essenziali per il conseguimento di questi obiettivi e del ruolo che i dirigenti stessi svolgono all'interno dell'organizzazione.

Ovviamente il sistema sarà più o meno immediatamente operativo e funzionale agli scopi anche in relazione ai sistemi di controllo tradizionalmente usati nelle organizzazioni pubbliche: dalla contabilità analitica alla balanced scorecard (BSC), entrambi caratterizzati da un forte legame tra risultati, processi e risorse, nonché tra obiettivi, indicatori e azioni.

Alla luce delle considerazioni emerse anche nei dibattiti internazionali in merito a come la verifica del mantenimento delle caratteristiche di «buon professionista» sia affetta da un certo grado di incompletezza se svolta a prescindere da considerazioni di efficacia organizzativa, uno dei passaggi fondamentali del decreto che deve poi essere tradotto in operatività, è che competenze e capacità sono sì legate all'individuo, ma anche orientate e valutabili in funzione della capacità di ciascun professionista di diventare parte integrante del contesto in cui opera e di dare un contributo alla performance del sistema di erogazione del servizio di cui è una componente. Il professionista è profondamente legato agli obiettivi della propria organizzazione nella dimensione sia macro che micro e il suo percorso di sviluppo professionale non può essere a prescindere dai bisogni del sistema organizzativo, qui l'azienda sociosanitaria, in cui è situato.

- b) Nel decreto si introduce la metodologia da adottare ai fini della misurazione e valutazione della performance individuale. Un primo elemento che va chiarito all'interno del sistema è lo scopo che l'amministrazione intende perseguire a breve, medio e lungo termine tramite l'adozione dello stesso.

Gli scopi prioritari della misurazione e valutazione della performance individuale sono riassunti nei seguenti punti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'amministrazione nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance (generare allineamento con gli obiettivi complessivi dell'amministrazione);
- valutare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona (supportare l'allineamento);
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;

- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

La misurazione e valutazione della prestazione individuale dei dirigenti e del personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità deve tenere conto dei seguenti aspetti:

- il collegamento tra performance organizzativa e performance individuale, in particolare per i ruoli di direzione e responsabilità;
- la valutazione del contributo individuale alla performance organizzativa;
- l'individuazione di un numero limitato di obiettivi rilevanti, prioritari e coerenti con la posizione occupata dal dirigente, chiaramente collegati all'attuazione dei progetti prioritari dell'amministrazione, con specifico riferimento al periodo annuale di valutazione;
- l'individuazione di eventuali obiettivi specifici individuali o collettivi che si rendono utili in considerazione delle peculiarità dell'amministrazione;
- la valutazione delle competenze professionali e manageriali manifestate. Tali competenze, che saranno definite dall'amministrazione secondo le proprie specificità organizzative, devono comunque essere tali da manifestare una costante capacità del valutato di adeguare i comportamenti e le competenze alle mutevoli condizioni organizzative e gestionali interne alle amministrazioni.

Deve essere inoltre prevista la capacità di valutazione dimostrata dal dirigente apicale nei confronti dei dipendenti in termini di differenziazione delle valutazioni. Questo aspetto vuole sottolineare la capacità del direttore di struttura di esercitare correttamente il suo ruolo ed espletare una delle attività previste dal suo incarico, ovvero quello di valorizzare e premiare il personale più meritevole rispetto al perseguimento degli obiettivi gestionali e di identificare i professionisti che lavorano al proprio sviluppo professionale secondo gli accordi presi con il loro direttore. Non valutazioni appiattite per paura di perdere il consenso, ma valutazioni rispondenti al reale contributo dei singoli unitamente al mantenimento di buon clima organizzativo nell'équipe. Per quanto attiene al personale dipendente, in sanità sono inclusi i dirigenti professionali, la cui valutazione concerne, in primo luogo, il raggiungimento degli obiettivi di gruppo e/o individuali. Questi ultimi devono comunque essere coerenti con gli obiettivi dell'unità organizzativa nella quale si collocano le unità di personale oggetto di valutazione. La valutazione del contributo specifico alla performance dell'unità organizzativa attraverso le competenze dimostrate è rimessa ai modelli autonomamente definiti dalle amministrazioni e che rappresentano lo spazio di valorizzazione delle competenze distintive rispetto alla strategia formulata dalla direzione (people strategy di posizionamento – distintività).

- c) Per quanto riguarda la premialità e i collegamenti con gli incarichi aziendali non sono stati promulgati atti che hanno regolamentato operativamente questo passaggio della riforma. A tale proposito però in essa sta scritto che «tra gli strumenti per premiare il merito e la professionalità vi è l'attribuzione di incarichi e responsabilità, l'accesso a percorsi di alta formazione e di crescita professionale, in ambito nazionale e internazionale». E ancora che «le amministrazioni pubbliche favoriscono la crescita professionale e la responsabilizzazione dei dipendenti pubblici ai fini del continuo miglioramento dei processi e dei servizi offerti. La professionalità sviluppata e attestata dal sistema di misurazione e valutazione costituisce criterio per l'assegnazione di incarichi di responsabilità». Sempre nel decreto è anche riportato che le amministrazioni pubbliche riconoscono e valorizzano i contributi individuali e le professionalità sviluppate dai dipendenti e a tali fini promuovono l'accesso privilegiato dei dipendenti a percorsi di alta formazione in primarie istituzioni educative nazionali ed internazionali; favoriscono la crescita professionale e l'ulteriore sviluppo di competenze dei dipendenti anche attraverso periodi di lavoro presso primarie istituzioni pubbliche e private, nazionali ed internazionali.

La valutazione del personale è quindi un sistema operativo della people strategy estremamente importante, applicabile proficuamente solo grazie alla presenza di condizioni e strumenti aziendali propedeutici alla valutazione, finalizzati principalmente allo sviluppo del sistema organizzativo.

Uno di questi ambiti valutativi è quello professionale per la cui realizzazione sono necessari molteplici fattori, per i quali però non c'è molta tradizione aziendale, che vanno dalla predisposizione di strumenti di rilevazione dei percorsi professionali e delle competenze, alla presenza di una strategia aziendale volta allo sviluppo dei talenti, alla stesura di regole organizzative funzionali a questa strategia, alla creazione di una cultura basata sulla condivisione dei saperi e sulla trasparenza del «portafoglio» delle capacità presenti in azienda, dei risultati di équipe e individuali raggiunti dai professionisti a cui collegare percorsi formativi mirati.

La costruzione di questo framework porta alla costruzione di logiche e percorsi di accreditamento² dei professionisti, ovvero alla presenza di medici e sanitari la cui capacità professionale è attestata dai volumi e dal livello qualitativo delle performance professionali conseguite in azienda, rilevate e misurate con modalità *ad hoc* anche a fini di costruzione di un proprio dossier (professional portfolio) spendibile per la circolazione tra le aziende del SSR.

15.2.3 I Contratti collettivi di lavoro e la valutazione dei dirigenti medici e sanitari

Nei Contratti collettivi nazionali del personale dirigente molti articoli sono dedicati alla valutazione del personale all'interno delle strutture socio-sanitarie; in queste pagine se ne richiamano i contenuti principali senza però fare un diretto richiamo al numero degli articoli contrattuali che possono cambiare nel tempo e/o subire delle modifiche anche a seconda del

² In questo scritto il termine «accredito professionale» viene utilizzato come sinonimo di verifica delle capacità professionali per esprimere i livelli di autonomia del singolo sia nell'ambito dell'azienda che extra-aziendale.

tipo di contratto (dirigenza medica, sanitaria, professionale, amministrativa). I principi a cui invece si sono ispirati i CCNLL a partire dalla fine degli anni Novanta hanno correttamente imboccato la strada della verifica della dimensione prestazionale e della dimensione professionale dalla quale non sarà più possibile invertire il senso di marcia. Le ulteriori innovazioni legislative introdotte con il tema della performance organizzativa e individuale hanno ancora di più sottolineato il tema della misurazione dei risultati e della valutazione degli esiti nella PA e ancora di più in sanità.

La valutazione del personale dirigente trova un'esauriente trattazione nei Contratti collettivi nazionali che, dal 1996 a oggi, hanno introdotto il principio e lo hanno disciplinato con vari istituti arrivando ad alcune sofisticazioni organizzative e a ipotesi di ricadute operative abbastanza interessanti per la valorizzazione del personale.

La valutazione come verifica delle capacità dei dirigenti in sanità avviene: annualmente, al termine del primo quinquennio di servizio a tempo indeterminato o al termine dell'incarico e si fonda essenzialmente su due aree:

- l'espletamento degli incarichi (già dal 1996; dal 2000 differenziati in gestionali e professionali);
- la verifica del raggiungimento obiettivi di budget, di équipe e/o individuali.

Questi principi sono presenti nel CCNLL del 1996, rafforzati da quello del 1998 e cambiati in molte parti sostanziali da quello del 2000 in poi.

Gli organismi preposti alla verifica e valutazione dei dirigenti sono:

a) Il collegio tecnico che procede alla verifica e valutazione:

- di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte e ai risultati raggiunti;
- dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultra-quinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

Il collegio tecnico è composto da:

- il direttore di dipartimento o il direttore di distretto competente per struttura di appartenenza, ovvero il direttore sanitario per il personale dirigente in staff alla direzione sanitaria, ovvero altro direttore di dipartimento o di distretto designato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario in caso di valutazione dello stesso direttore del dipartimento o di distretto;
- due direttori di struttura complessa ovvero dirigenti della disciplina di riferimento ovvero di area omogenea designati dal direttore generale su proposta del direttore

sanitario nel primo caso o dal direttore sanitario su proposta del direttore di dipartimento o di distretto nel secondo caso.

- b) Il nucleo di valutazione aziendale (anche organismo indipendente di valutazione, OIV) procede alla verifica di valutazione annuale:
- dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice;
 - dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini di retribuzione del risultato.

Il nucleo di valutazione aziendale è composto da esperti esterni all'azienda che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria, post-universitaria e da comprovate esperienze di lavoro.

La valutazione dei dirigenti si articola in due momenti fondamentali da attivarsi alla scadenza del periodo di budget oppure alla scadenza dell'incarico:

- la valutazione di prima istanza;
- la valutazione di seconda istanza.

Si indicano quali valutatori di prima istanza i dirigenti responsabili nei rispettivi profili secondo la seguente tabella riepilogativa:

VALUTATI	VALUTATORI DI PRIMA ISTANZA
Direttori di struttura complessa o responsabili di struttura semplice dipartimentale	Direttori dei dipartimenti di assegnazione/di distretto o il direttore sanitario qualora il direttore di struttura complessa risultasse anche direttore del dipartimento/distretto
Dirigenti responsabili di struttura semplice articolazione di struttura complessa	Direttore di struttura complessa presso la quale gli stessi prestano servizio
Dirigenti con incarico professionale	Direttore di struttura complessa presso la quale gli stessi prestano servizio ovvero responsabili di struttura semplice dipartimentale

Tabella 15.1 – Valutatori e valutati.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

La valutazione di seconda istanza viene realizzata dal nucleo di valutazione (se le contestazioni riguardano la valutazione a fronte del processo di budget) oppure dal collegio tecnico (se le contestazioni sono per la valutazione fatta a termine incarico) con la precisazione che il valutatore di prima istanza non potrà partecipare ai lavori del valutatore di seconda istanza. Acquisita la valutazione di prima istanza per tutti i dirigenti in questione, l'esito delle verifiche annuali e i curriculum formativi e professionali forniti dagli interessati nei termini richiesti, il nucleo di valutazione o il collegio tecnico formula la propria valutazione per ogni singolo criterio valutativo e/o obiettivo assegnato nonché per il com-

plessivo giudizio finale. Se diverso, ma motivato, il giudizio di seconda istanza rettifica il giudizio espresso dal valutatore di prima istanza.

I sistemi di monitoraggio aziendali per la valutazione delle performance dirigenziali, in particolar modo la performance individuale, devono riguardare:

- la prestazione annuale;
- le competenze gestionali possedute;
- le competenze professionali possedute;
- il potenziale presente in azienda.

Il primo punto ottempera alla valutazione degli obiettivi individuali di attività o qualità dati a ogni operatore sulla scorta del principio della «declinazione a cascata» degli obiettivi aziendali, dipartimentali, distrettuali, di unità operativa all'inizio di ogni anno di gestione.

Il secondo punto è riferito ai comportamenti di natura «organizzativa», intendendo con questo termine tutti i comportamenti ritenuti dalla direzione proattivi a raggiungere gli obiettivi annuali di unità operativa, dipartimento, distretto o azienda e a generare, o mantenere, un buon clima nell'ambito dell'équipe ospedaliera o territoriale di lavoro.

Il terzo punto riguarda la valutazione professionale, ovvero quella valutazione che deve attestare la crescita tecnico-specialistica di ogni dirigente in relazione alla responsabilità affidatagli nella propria unità operativa dipartimentale o distrettuale. Questo modello presuppone, da parte dei direttori di struttura complessa, chiarezza in merito al livello di maturità professionale di ogni loro dirigente rispetto al percorso di sviluppo delle specialità all'interno dei dipartimenti o dei distretti. Aiutano in questa operazione tutte le indicazioni o le linee guida nazionali o internazionali fornite dalle comunità dei professionisti che, ove possibile, forniscono indicatori tecnici espressione della buona resa professionale sul campo.

Riconoscere le capacità professionali di ogni operatore è la modalità tramite la quale diventa possibile realizzare piani di sviluppo professionale e piani formativi individuali in funzione delle competenze necessarie all'incarico assunto come previsto dal punto 4.

In coerenza con questo principio è opportuno che, dal punto di vista retributivo, le aziende valorizzino gli incarichi professionali rispetto agli incarichi gestionali mediante una diversa allocazione delle risorse economiche aziendali anche diminuendo il numero delle strutture ad appannaggio degli incarichi professionali.

Le comunità professionali aziendali coordinate dalla funzione HR, coerentemente ai postulati della people strategy, dovrebbero creare le tappe di sviluppo delle specialità all'interno dei dipartimenti e dei distretti per prevedere evoluzioni delle posizioni professionali in relazione alla resa del dirigente e alle verifiche aziendali. È necessario successivamente ridisegnare il processo formativo e valutativo per costruire il nuovo percorso di crescita delle risorse umane.

15.2.4 La valutazione dei risultati annuali finalizzati agli obiettivi di budget e ai comportamenti organizzativi

Tradizionalmente il primo ambito di valutazione del dirigente gestionale e professional è il raggiungimento degli obiettivi che annualmente negozia con la Direzione strategica perché l'azienda, a livello macro, e le singole UO, a livello micro, possano mantenere la propria «fascia di mercato» nonché consolidare o aumentare la propria competitività all'interno della rete di offerta di servizi sociosanitari regionali, nazionali e internazionali.

Se le persone sono la risorsa principale mediante la quale conseguire i risultati è fondamentale che individualmente e a livello di équipe ospedaliera o territoriale tutti siano allertati rispetto gli obiettivi da conseguire, per i quali sono necessarie competenze e comportamenti deontologicamente corretti.

Scopo di questo tipo di valutazione è quello di differenziare il contributo del personale al raggiungimento degli obiettivi dell'UO, creando una «sana competizione all'interno della stessa».

La valutazione complessiva è data dal raggiungimento di tutti gli obiettivi assegnati e dall'adeguatezza dei comportamenti esercitati in ambito lavorativo secondo una percentuale, sul totale di 100, negoziata tra l'azienda e la parte sindacale.

In genere il sistema di valutazione di questo ambito prevede che:

- si stabilisca la percentuale di valutazione imputabile al raggiungimento degli obiettivi (p. es. 70%);
- si ripartisca ulteriormente la quota qualora il regolamento del processo di budget preveda obiettivi di équipe e obiettivi individuali (per esempio 50% ai primi e il rimanente 20% ai secondi);
- si stabilisca la percentuale di valutazione imputabile all'adeguatezza dei comportamenti, ove presente nel regolamento del processo di valutazione del personale (rimanente 30%);
- si identifichi la percentuale minima al di sotto della quale la valutazione è da intendersi negativa (p. es. il 65%);
- si colleghi la percentuale di valutazione conseguita a percentuali proporzionali di retribuzione variabile raggiunta e da percepire (p. es. 90 di valutazione tra obiettivi e comportamenti = 90 di retribuzione sul totale di 100), oppure ogni intervallo di valutazione a percentuali di retribuzione variabile raggiunta e da percepire (p. es. nel range tra 80 e 90 di valutazione = 90 di retribuzione sul totale di 100).

AMBITO	OGGETTO	OBIETTIVO	ORGANO DI VALUTAZIONE	TEMPISTICA	REWARDING
Prestazione	Risultati quali-quantitativi forniti nel periodo a fronte di predeterminati comportamenti organizzativi  processo di budget	Aumentare l'efficienza, l'elasticità e la concorrenzialità del mercato interno del lavoro	Nucleo di valutazione oppure Organismo Indipendente di Valutazione	Annuale	Parte variabile dello stipendio: retribuzione di risultato

Tabella 15.2 – Valutazione delle prestazioni: caratteristiche principali.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

Gli obiettivi

Gli obiettivi su cui avviene la valutazione sono i cosiddetti «obiettivi di budget», generalmente assegnati nei primi mesi dell'anno a seguito sia delle indicazioni che ogni Regione fornisce alle aziende sociosanitarie della rete di offerta che delle azioni volute da ogni Direzione strategica per consolidare il proprio posizionamento nel sistema sociosanitario.

Questi obiettivi sono di unità operativa e si esprimono in termini di:

- livelli di attività/produttività da conseguire;
- livelli di ricavi da raggiungere in relazione alla produzione di cui al punto precedente;
- livelli di costi da contenere;
- progetti di qualità o di gestione del rischio clinico da realizzare;
- progetti formativi da effettuare per il personale della UO.

Gli obiettivi di ricavo e di costo sono monitorati e rendicontati dalla UO controllo di gestione; tutti gli altri invece dalle UO che rappresentano le funzioni aziendali che danno indicazioni operative rispetto a ciò che si deve raggiungere, ovvero la UO Qualità, la UO Gestione del rischio, la UO Formazione ecc.

Questi obiettivi sono di équipe e quindi la valutazione del personale sarà in relazione al grado di raggiungimento complessivo senza la possibilità di differenziare in relazione alla reale partecipazione di ognuno, aspetto che potrebbe essere invece raggiunto mediante la valutazione dei comportamenti quale fattore correttivo.

Qualora gli obiettivi, o parte di questi, fossero personalizzati l'attribuzione ai dirigenti sarebbe a carico del direttore di struttura complessa che ne assegnerebbe la titolarità e la responsabilità principale anche se non l'esclusività lavorativa. La valutazione allora avrebbe come contenuto sia gli obiettivi di UO che gli obiettivi individuali secondo la percentuale definita in sede di trattativa sindacale.

Pur partendo dal presupposto che la valutazione totalmente oggettiva non esiste, la misurazione e la verifica degli obiettivi introduce nei processi di lavoro quella dimensione «ragionevolmente oggettiva» che tutti desiderano da un sistema di valutazione del personale.

I comportamenti

I comportamenti sono l'altra dimensione che, con gli obiettivi, governano l'azione quotidiana del dirigente nell'approccio al lavoro.

I comportamenti attesi rappresentano quei valori, tradotti in modi di essere, sui quali la direzione ritiene che tutti si debbano allineare per lavorare bene e raggiungere i traguardi stabiliti.

La valutazione dei comportamenti attesi è un ambito rispetto al quale il personale dirigente è poco sensibile, come se potesse ledere l'autonomia professionale della quale gode. Tradizionalmente, perciò, non è detto che il dirigente sia valutato su queste due direttrici, prediligendo appunto il raggiungimento degli obiettivi sui comportamenti. Questa sfera di lavoro, però, sta diventando sempre più importante da governare e rende più completa la valutazione; le soft skills rappresentano una grande componente della maturità professionale dell'individuo, fatta non solo del saper fare ma anche del saper essere, dimensione che sottolinea la capacità di relazionarsi adeguatamente con gli altri che siano colleghi o pazienti.

La valutazione dei comportamenti, quando presente, è solitamente il fattore di correzione al raggiungimento degli obiettivi di équipe: il contributo individuale, espresso tramite alcuni modi di essere deontologicamente importanti in ambito lavorativo³, aumenta la percentuale totale di valutazione e quindi la quota di retribuzione di risultato percepita. Quando la sensibilità aziendale è meno interessata a questo item la verifica comportamentale non influenza l'erogazione della quota premiale che dipende solo dal raggiungimento degli obiettivi, di équipe o/e individuali. La valutazione dei comportamenti e la valutazione degli obiettivi, però, entra nel fascicolo del dipendente ed è questo punteggio finale e riassuntivo che si considera quando la valutazione è un fattore discriminante per la carriera del dipendente al di là dei premi economici ricevuti.

Naturalmente questa parte del modello di valutazione è più soggettiva della precedente; la sua accettazione, il suo buon uso e la sua utilità per il sistema dipendono fortemente da come viene gestito il processo: la spiegazione dei parametri comportamentali, la condivisione dei modi di essere che ne determinano la positività o la negatività agli occhi del direttore di struttura, il confronto su episodi lavorativi che possono minare il clima del gruppo e generare conflittualità interna devono essere subito affrontati tra valutato e valutatore al fine di evitare poi il ricorso alle valutazioni di seconda istanza al nucleo di valutazione, poco utili in questi casi.

La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi è in capo alla funzione controllo di gestione in collaborazione con le altre UO aziendali che monitorano gli obiettivi non econo-

³ Si veda al riguardo quanto scritto dianzi.

mici; la valutazione comportamentale dei dirigenti è di competenza dell'UO Risorse Umane che completa il processo valutativo e procede poi alla liquidazione delle quote economiche individualmente conseguite.

15.2.5 La valutazione della professionalità finalizzata alla verifica degli incarichi aziendali attribuiti

La valutazione dell'incarico (job evaluation) non investe direttamente la persona, ma serve a definire oggettivamente il contenuto delle singole funzioni individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale; con tale strumento si definisce l'importanza della specifica posizione in relazione alle altre costituite in azienda e, dunque, il correlato livello retributivo riconosciuto al dirigente chiamato a ricoprire l'incarico.

La ricaduta retributiva del peso attribuito al singolo incarico è per il comparto pubblico tanto più evidente in relazione all'esistenza di un fondo aziendale specifico, costituente il limite di spesa per la valorizzazione delle posizioni dirigenziali esistenti.

L'intento insito nella valutazione della posizione è verificare, pur con il predetto e pesante vincolo finanziario, sia l'equità dei trattamenti retributivi sia l'esplicitazione di ciò che richiede ogni incarico o posizione aziendale in modo da gratificare in termini competitivi il proprio personale.

La «lettura critica» dei CCNLL dimostra l'esistenza di una cornice contrattuale che potrebbe spingere le aziende sociosanitarie ad avvicinarsi a modelli di people strategy fondati sulla gestione dei talenti e sul valore delle competenze professionali e non esclusivamente sul perseguimento dei risultati tout court.

AMBITO	OGGETTO	OBIETTIVO	ORGANO DI VALUTAZIONE	TEMPISTICA	REWARDING
Incarichi/ posizioni di lavoro: responsabilità gestionale e responsabilità professionale	Contenuto del lavoro, complessità della posizione e rilevanza nella struttura organizzativa  gestione dell'incarico e monitoraggio della professionalità	Riconoscere l'assunzione di determinati contenuti di responsabilità	Collegio tecnico	Annuale e alla fine dell'incarico	Parte variabile dell'indennità aziendale collegata all'incarico

Tabella 15.3 – Valutazione delle posizioni: caratteristiche principali.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

Per la valutazione dei risultati conseguiti dai dirigenti in relazione allo svolgimento degli incarichi agli stessi affidati, le aziende definiscono sistemi e meccanismi di valutazione gestiti attraverso i servizi di controllo interno.

Oggetto della valutazione è il loro operato in relazione agli obiettivi da perseguire secondo le direttive ricevute: per i dirigenti/direttori si deve valutare l'operato organizzativo e gestionale a seguito della titolarità di una struttura/UO; per i dirigenti cui non sono affidati incarichi di struttura (professional) si deve valutare l'operato e i risultati raggiunti in osservanza delle direttive impartite dal proprio direttore in merito allo sviluppo professionale nel tempo.

La valutazione della idoneità nel rivestire l'incarico attribuito è fatta a fine dello stesso e dipende dalla sua durata (triennale, quinquennale); ciò non toglie però che per essere efficace la valutazione della crescita professionale deve essere annuale con sintesi complessiva alla fine del periodo di riferimento. L'esito della valutazione periodica è riportato nel fascicolo personale di ogni dirigente e dello stesso si tiene conto nelle decisioni di affidamento degli incarichi futuri.

Le tipologie di incarico sono essenzialmente due: quello di struttura, ovvero con contenuto manageriale, quello professional cioè specialistico. Per «struttura» si intende l'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

Per incarichi «professionali» si intendono quelli che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base o più complessa nella disciplina di appartenenza.

Per incarichi «professionali di alta specializzazione» si intendono articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali-quantitative complesse riferite alla disciplina e organizzazione interna della struttura di riferimento.

Le tipologie di incarichi contrattualmente conferibili ai dirigenti (CCNNLL 2020) sono riassunti nella tabella seguente che contempla sia quelli di direzione (i primi tre) che quelli professionali (i rimanenti), per i quali però c'è autonomia aziendale nella definizione e costruzione del sistema, essendo riconducibili alle clinical competence del personale e quindi alla people strategy interna alla azienda.

PRECEDENTI TIPOLOGIE	NUOVE TIPOLOGIE
Incarico di direzione di struttura complessa	Incarico di direzione di struttura complessa (art. 18, comma 1, par. I, lettera a) (Tipologie di incarico)
Incarico di direzione di struttura semplice, nel caso in cui lo stesso sia stato formalmente qualificato come "incarico a valenza dipartimentale"	Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale (art. 18, comma 1, par. I, lettera b) (Tipologie di incarico)
Incarico di direzione di struttura semplice diverso da quello della riga precedente	Incarico di direzione di struttura semplice (art. 18, comma 1, par. I, lettera c) (Tipologie di incarico)
Incarico di natura professionale nel caso in cui lo stesso sia stato formalmente qualificato come "incarico di alta specializzazione"	Incarico professionale di alta specializzazione (art. 18, comma 1, par. II, lettera b) (Tipologie di incarico)

(continua)

Incarico di natura professionale diverso da quello della riga precedente	Incarico professionale di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo (art. 18, comma 1, par. II, lettera c) (Tipologie di incarico)
Incarico di natura professionale i cui titolari hanno maturato i requisiti di cui all'art. 4 del C.C.N.L. dell'8 giugno 2000 (biennio economico 2000 – 2001) Area IV e di cui all'art. 4 del C.C.N.L. dell'8 giugno 2000 (biennio economico 2000 – 2001) Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	Incarico professionale di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo (art. 18, comma 1, par. II, lettera c) (Tipologie di incarico)
Incarico di natura professionale i cui titolari hanno maturato i requisiti di cui all'art. 4 del C.C.N.L. dell'8 giugno 2000 (biennio economico 2000 – 2001) Area IV e di cui all'art. 4 del C.C.N.L. dell'8 giugno 2000 (biennio economico 2000 – 2001) Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	Incarico professionale di base (art. 18, comma 1, par. II, lettera d) (Tipologie di incarico)

Tabella 15.4 – Tipologie di incarichi da CCNLL.

Fonte: CCNLL dirigenza 2000.

Incarichi dirigenziali di struttura (professionalità gestionale)

Gli incarichi di struttura evidenziano le responsabilità organizzative date ad alcuni dirigenti in funzione della tipologia di azienda sociosanitaria (ospedaliera, territoriale o mista) e del modello organizzativo indicato nell'atto aziendale che definisce le strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici all'interno della complessa.

Essendo la «struttura» un'articolazione dell'azienda l'attribuzione dell'incarico comporta per il dirigente apicale la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie. Tale livello di responsabilità è graduata e pesata alla luce di criteri già previsti nei precedenti Contratti collettivi nazionali (p. es. il numero dei posti letto, le giornate di degenza, le tecnologie presenti della UO per l'ospedale; la multidisciplinarietà dell'équipe, la dimensione del distretto, il numero dei punti di erogazione dei servizi da gestire per il territorio ecc.)⁴, ma integrabili a livello aziendale. Conseguentemente al peso della UO nell'organigramma la responsabilità gestionale può essere diversamente remunerata (parte variabile aziendale della posizione) in funzione della disponibilità del fondo contrattuale e, soprattutto, della rilevanza che i criteri utilizzati presentano nell'analisi di tutte le posizionali aziendali prese in considerazione. Il valore economico dell'incarico è correlato al peso della unità operativa all'interno della macrostruttura; la valutazione positiva per la conferma dell'incarico è correlata al raggiungimento di obiettivi *ad hoc* e comportamenti da stabilirsi annualmente per tutta la durata dell'incarico.

La conferma dell'incarico di struttura è subordinata a un processo di valutazione che verte sul riscontro di comprovate capacità gestionali del dirigente incaricato. È interessante notare come gli istituti contrattuali in tema di affidamento e revoca degli incarichi di direzione

⁴ Per ulteriori chiarimenti si rimanda all'art. 51 del CCNLL del 1998.

di struttura prevedano criteri volti alla valutazione delle capacità gestionali, con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di relazionarsi con altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale e/o aziendale, nonché ai risultati ottenuti con le risorse assegnate. Quelli sono i comportamenti «core» dell'azione del direttore di struttura complessa o semplice dipartimentale, sono il contenuto «proprio» dell'incarico che riveste e sono l'oggetto della valutazione poiché espressione del contenuto «dirigenziale e manageriale» dell'attività del direttore di struttura.

Diverso è invece il contenuto dell'attività del dirigente responsabile di struttura semplice all'interno di una struttura complessa. Accanto a una responsabilità gestionale, mediata però dalla presenza del direttore a cui la struttura semplice fa riferimento, è molto rilevante la dimensione specialistica (motivo della creazione della struttura) che deve essere osservata e verificata con criteri legati alla «buona clinica» e che poco hanno a che fare con la parte manageriale dell'incarico.

Il parere del collegio tecnico in merito alla conferma del dirigente apicale alla scadenza dell'incarico conferito si basa:

- sulla valutazione di comportamenti «da gestore di risorse e di obiettivi professionali»;
- sul raggiungimento di obiettivi individuali correlati all'assunzione di responsabilità gestionali che l'incarico comporta;
- sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget della UO da lui diretta e che annualmente sono supervisionati dal nucleo di valutazione/organismo indipendente di valutazione.

Come ricordato, sarebbe auspicabile l'assegnazione e la successiva valutazione di un obiettivo individuale e specifico in relazione alle responsabilità «di direzione»; il carico annuale di obiettivi di budget aziendali o di assegnazione regionale, però, spesso rende difficile questa scelta, ritenendo che il raggiungimento degli obiettivi prestazionali annuali possa di fatto già essere un'esplicitazione della capacità del direttore di organizzare il lavoro e di svolgere adeguatamente la funzione di supervisione e coordinamento.

Questa valutazione, che chiude un percorso lavorativo pluriennale, deve naturalmente trovare riscontro in valutazioni annuali frutto di comportamenti attesi e risultati auspicati in virtù del ruolo quotidianamente giocato dal dirigente.

La quota economica aziendale connessa all'incarico è erogata mensilmente; da questo punto di vista il «premio» per aver ben esercitato le proprie responsabilità e agito «da direttore» non è corrisposto al termine della durata dello stesso o annualmente al termine di ogni anno di lavoro, ma è spalmata negli anni di titolarità dell'incarico a prescindere dai risultati finali che, eventualmente, porteranno al non rinnovo dello stesso, ma non alla restituzione della parte variabile aziendale della posizione mal esercitata.

L'assegnazione dell'incarico comporta la sottoscrizione tra l'azienda e il dirigente di un contratto individuale nel quale si definiscono gli ambiti di responsabilità lavorativa e tutti gli aspetti connessi al conferimento.

Incarichi dirigenziali professionali

Da oltre 20 anni in sanità si discute della possibilità di offrire ai dirigenti che non aspirano a un incarico manageriale un percorso di carriera prettamente tecnico-specialistico. Dal momento in cui tutti i dirigenti devono contrattualmente avere una definita posizione di lavoro (incarico) all'atto dell'assunzione nella struttura sanitaria, il CCNLL ha ipotizzato due tipologie di percorsi lavorativi: quello gestionale e quello professionale anche in risposta alla crescente stortura che aveva caratterizzato la sanità negli anni precedenti, ovvero quello di premiare grandi capacità professionali con incarichi gestionali a causa della difficoltà nell'approcciare il tema della misura e verifica della professionalità specialistica.

L'ultimo CCNLL ha introdotto un'importante modifica nell'approccio a questo tema: se in precedenza le proposte di incarico erano fatte alla Direzione strategica dal direttore della struttura che proponeva i nomi dei dirigenti professional argomentando le motivazioni, oggi il metodo di lavoro si è invertito. È la direzione che, analizzando la domanda, la dimensione dell'offerta interna e la sua strategicità aziendale stabilisce quali e quanti incarichi prevedere per ogni UO. Le proposte, quindi, non sono dettate dal direttore della struttura ma nascono dall'incontro «ragionato» delle necessità dell'azienda per voce della sua Direzione strategica con le disponibilità di competenze professionali a disposizione nelle UO.

La demarcazione tra responsabilità gestionali e responsabilità professionali per il personale dirigente all'interno delle strutture sanitarie presuppone che si identifichino tipologie di incarichi da attribuire a tutti i dirigenti che svolgono attività tecnico-specialistica utilizzando e approfondendo il loro sapere scientifico nelle strutture di appartenenza, pur nel rispetto delle regole organizzative definite sia dalla direzione che dal dirigente gestionale loro preposto.

I CCNLL identificano alcune tipologie di incarichi di natura professionale: quelli di alta professionalità, quelli di consulenza, studio e ricerca e quelli di professionalità di base.

Questa fattispecie di incarico ha la finalità di accentuare la diversità di responsabilità dirigenziale, cercando di far venir meno una concezione organizzativa prevalente: è la dimensione manageriale dell'incarico (gestione di risorse, gestione di spazi e letti) che definisce il «peso» nel modello organizzativo, la sua posizione nella «scala gerarchica» e il suo valore economico, comportando spesso un proliferare di strutture semplici e/o dipartimentali e un irrigidimento della struttura aziendale.

Ovviamente la messa in opera di una nuova linea di principio non è senza difficoltà in quanto si tratta di esprimere criteri di buona resa professionale che devono essere espressi, misurati e poi verificati da un professionista con autorità gerarchica, comprovata leadership e con riconosciuto valore professionale.

Trattandosi di processi di valorizzazione delle risorse umane le scelte mediante le quali definire e attribuire questi incarichi sono da individuare a livello aziendale con apposita regolamentazione e, soprattutto, in accordo con il direttore di struttura nella quale gli incarichi sono già assegnati o sono da assegnare ai dirigenti.

Il tema della professionalità del personale evidenzia la necessità di creare delle «tappe» nel percorso di sviluppo delle specialità ospedaliere e territoriali e prevedere evoluzioni delle posizioni professionali in funzione di valutazioni tipicamente aziendali sulle competenze del dirigente. Banalmente ciò significa che l'importanza di un professionista (da cui la parte variabile della posizione aziendale) «non è assoluta», ma può cambiare a seconda delle contingenze aziendali oltre che, ovviamente, da azienda ad azienda: in questo caso le posizioni rispecchiano la mission di ogni unità organizzativa.

Il tema, prettamente aziendale e con ipotesi di soluzioni più o meno innovative, dovrebbe far sviluppare forti meccanismi di integrazione tra alcune parti e ruoli dell'organizzazione:

- l'UO Gestione delle politiche aziendali in tema di risorse umane che deve visionare l'intero processo;
- l'UO Formazione per la crescita guidata di ogni professionista sulla scorta dello scarto tra competenze richieste dal posto di lavoro e competenze individualmente possedute dal dirigente;
- ogni direttore di struttura che segmenta l'iter di sviluppo della sua specialità e lo correla a posizioni professionali (p. es. professionalità buona, ottima, eccellente), mappa le clinical competence dei propri dirigenti e li colloca nelle posizioni identificate, valutandoli poi rispetto a linee guida e standard professionali di società scientifiche;
- la direzione aziendale che, oltre ad avallare le scelte iniziali e verificare l'omogeneità dei risultati, deve indicare dove e quante professionalità d'eccellenza ritiene debbano esistere in azienda o in ogni dipartimento o distretto per disporre di un inventario reale del «portafoglio» delle competenze presenti e contenere, ove serve, un innalzamento ingiustificato delle retribuzioni di posizione.

In tal senso vale quanto già detto per i dirigenti gestionali: buone politiche aziendali in tema di personale non possono prescindere dalla conoscenza dello scostamento tra il profilo professionale atteso e quello posseduto dal dipendente, per rilevare il quale l'identificazione delle capacità professionali – ossia i risultati e le conoscenze possedute – sono elementi fondamentali.

In altri termini lavorare sugli incarichi professionali è per l'azienda l'occasione di fare chiarezza su:

- cosa deve saper fare ogni professionista per poter rispondere al mandato organizzativo della UO ospedaliera o territoriale e al target di utenza a cui si rivolge la stessa UO?

- quale sviluppo professionale offre, in un determinato arco temporale, l'azienda, il dipartimento, il distretto, l'UO a ogni dirigente professional?

La vera difficoltà nell'applicazione di questi principi organizzativi sta nel fatto che, una volta assegnati gli incarichi e il relativo valore economico, l'azienda non può modificare al ribasso un successivo incarico se non a fronte di valutazioni negative. Ciò comporta un vero irrigidimento della microstruttura che al suo interno non può prevedere valorizzazioni differenti da quelle attuali e spostamenti di denaro tra dirigenti a fronte di cambiamenti nella strategicità degli stessi incarichi rispetto al fine aziendale: non cambiamenti e diversa valorizzazione per demeriti, ma cambiamenti e diversa remunerazione [parte variabile aziendale della posizione] per mutate condizioni organizzative.

Il valore economico dell'incarico è correlato alle capacità professionali dimostrate che collocano il dirigente in un determinato profilo di competenza all'interno della microstruttura; la valutazione positiva per la conferma dell'incarico è connessa al raggiungimento di obiettivi, a livelli di autonomia prestazionali e a comportamenti professionali da stabilirsi annualmente per tutta la durata dell'incarico.

Come per i dirigenti gestionali la quota economica aziendale connessa all'incarico è erogata mensilmente; da questo punto di vista il «premio» per aver esercitato bene le proprie responsabilità e agito «da professional» in continua evoluzione professionale non è corrisposto al termine della durata dello stesso o annualmente al termine di ogni anno di lavoro, ma è spalmata negli anni di titolarità dell'incarico a prescindere dai risultati finali che, eventualmente, porteranno al declassamento del dirigente professional, ma non alla restituzione della parte variabile aziendale della posizione mal esercitata.

Anche in questo caso l'assegnazione dell'incarico prevede la stipula di un contratto individuale nel quale sono contenuti tutti gli aspetti connessi all'incarico attribuito. Sulla scorta di esso il direttore di struttura identifica e valuta anno per anno gli obiettivi individuali professionali affinché il collegio tecnico poi valuti la professionalità maturata e i risultati professionali conseguiti.

La mancanza di job description chiare, di metodi e procedure di valutazione delle performance professionali sottolineano come esistono leggi e regolamenti ma pochi piani di implementazione sui percorsi di crescita delle competenze distintive dei professionisti e poche politiche aziendali scritte in merito alle strategie di sviluppo del personale, ovvero non esiste una people strategy come inizialmente definita o se esiste è molto confusa.

A tale proposito le figure seguenti (Figura 15.3 e Figura 15.4) raffigurano un sistema completo di valutazione della performance individuale (indice di performance individuale – IPI) sia per le posizioni manageriali che per quelle professionali a cui tendere.

Nella prima colonna sono citate le *aree valutative* previste dal D.lgs. n. 150, nella colonna successiva il *peso* che gli ambiti valutativi hanno sul totale in relazione a quanto sono pertinenti rispetto all'incarico esercitato in azienda dal dirigente. Da ultimo sono indicati gli *strumenti di valutazione* da utilizzare per «coprire» correttamente ogni area da valutare.

Le Figure 15.5 e 15.6, invece, consentono di vedere le aree di sovrapposizione tra i sistemi di valutazione, ovvero il livello di integrazione tra i due sistemi per evitare ripetizioni, ridondanze di informazioni o troppe interlocuzioni con i direttori di struttura su questo tema, spesso considerato adempimento formale e perciò non così importante per la gestione dell'équipe.

Scopo ultimo, infatti, è avere una metodologia unica che, composta da metodi e strumenti propri del percorso di budget e del percorso professionale, possa sfruttare gli spazi di integrazione tra i due modelli, semplificando il processo complessivo e creando le necessarie sinergie per il buon funzionamento aziendale.

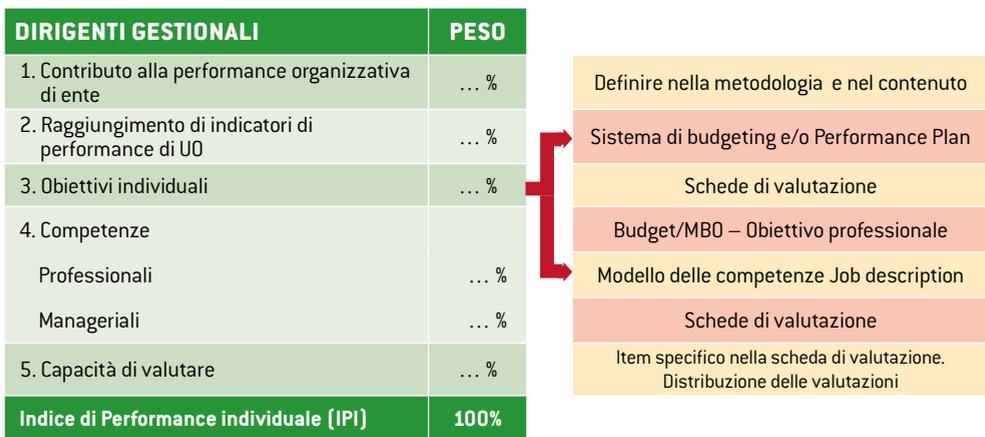


Figura 15.3 – Strumenti del sistema di valutazione – dirigenti gestionali.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

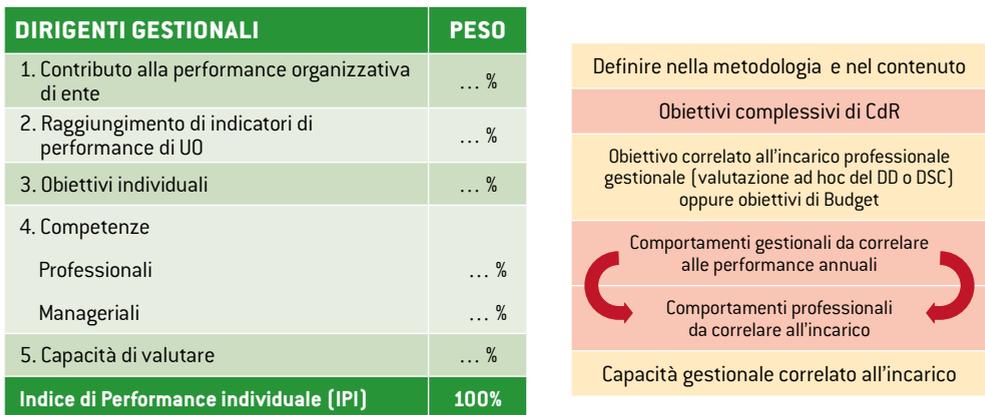


Figura 15.4 – Collegamenti tra i sistemi di valutazione – dirigenti gestionali.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

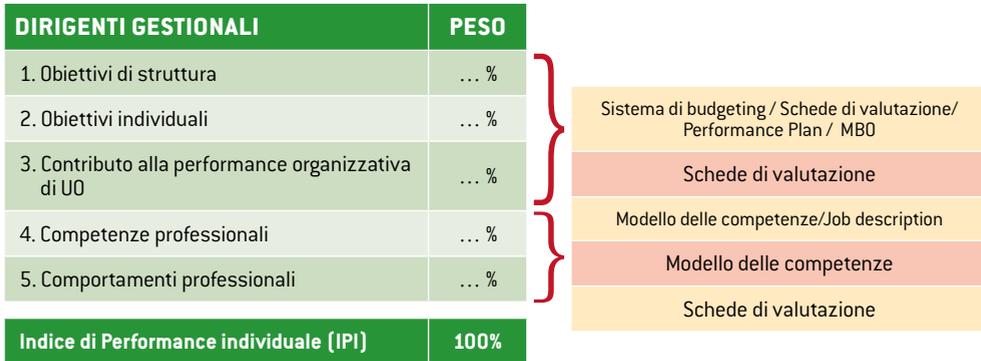


Figura 15.5 – Strumenti del sistema di valutazione – dirigenti professional.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

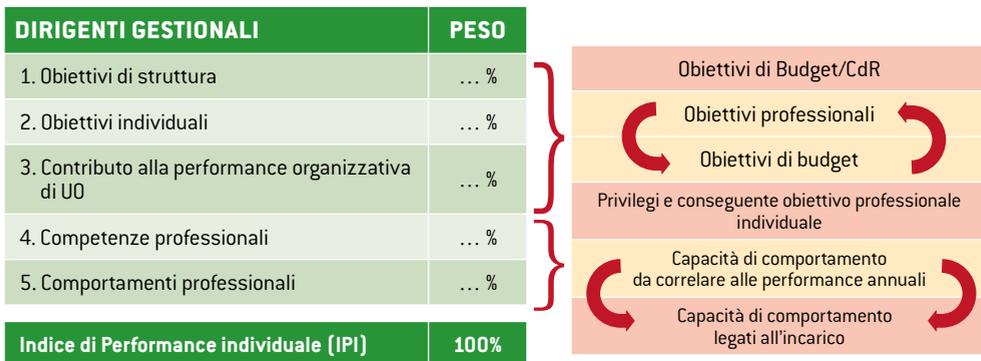


Figura 15.6 – Collegamenti tra i sistemi di valutazione – dirigenti professional.

Fonte: elaborazione dell'autrice.

In sintesi

Nelle aziende sociosanitarie, qui aziende di servizi, il personale è la risorsa critica più importante per la realizzazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Nella realtà, però, l'orientamento strategico delle aziende sanitarie rispetto alle risorse umane non si è contraddistinto nel tempo per chiarezza e meritocrazia reale, tanto da non risultare il vero motore di cambiamento nei confronti delle scelte aziendali verso l'utente interno.

Aspetto centrale di questa dissertazione è il termine *people strategy*, da cui derivano tutte le altre considerazioni seguenti, che prevede il superamento della tradizionale «politica delle risorse umane» per puntare sulle specificità delle risorse a disposizione che creano «vantaggio competitivo», facendo leva su competenze essenziali e distintive rispetto alla concorrenza e diventare una vera policy aziendale.

Principio decisivo per la corretta analisi finalizzata alla scelta delle politiche del personale da intraprendere è l'individuazione dei diversi segmenti di popolazione su cui agire con una people strategy pluridimensionale, ma mirata, così da personalizzare il metodo di rilevazione del contributo alla generazione del valore in sanità che, se applicato, può completamente modificare l'approccio alla risorsa umana.

Esiste un collegamento logico, anche se non meccanico, tra il contesto strategico e i profili fondamentali di people strategy che risultano dalla lettura delle esperienze maturate in tal senso.

Questi profili sono potenzialmente tutti presenti nella stessa azienda, se determinati dalla coesistenza di una pluralità di strategie operative. Per definizione, quindi, non esiste alcun profilo ideale di people strategy. Il valore del modello risiede nella coerenza esterna (con le tipologie di contesto strategico), nella coerenza interna delle attività (mix di politiche e progetti) e dal grado di sostenibilità e di fattibilità definiti anche dalle competenze di tutti i professionisti (contesto della specificità), dirigenza e comparto.

Il tema della motivazione di chi lavora e di come far recuperare senso «di appartenenza» al personale medico o al personale sanitario è un tema di estrema attualità nella gestione delle aziende sanitarie.

A questo proposito sistemi che avvallino il principio della meritocrazia e strumenti operativi come la valutazione sono continuamente progettati e riprogettati al fine di trovare la soluzione all'annoso problema di come costruire scenari che facciano lavorare meglio, premiando l'efficienza e la produttività del personale anche in assenza di riconoscimenti economici importanti. Fondamentale è il livello di coerenza tra la strategia aziendale e le specificità del personale che la deve perseguire.

Individuare le competenze core da proteggere e da sviluppare, focalizzare e differenziare gli investimenti sulle persone in relazione al loro profilo di valore in termini di prestazioni, clinical competence e potenziale: applicando la people strategy in linea con la strategia aziendale e con l'ambiente esterno l'azienda sociosanitaria può spronare le persone a comportamenti distintivi che portano all'eccellenza fornendo, in cambio, il valore della professionalità, dell'autosviluppo come leva della propria crescita individuale e professionale: «un mondo di professionisti» vincenti sul mercato perché «più bravi degli altri».

Questo è il principio guida dei lavoratori della conoscenza, cioè delle persone (professionisti) che aggiungono valore all'organizzazione mediante la loro capacità di elaborare le informazioni esistenti per crearne nuove utilizzate per definire e risolvere i problemi (operano con autonomia professionale), e delle organizzazioni basate sul talento, ovvero le organizzazioni che investono nella costruzione di capacità particolari per gestire il talento, qui clinical competence, al fine di produrre risultati eccezionali. La valutazione del personale rappresenta un'importante strategia di management che può fornire validi risultati a livello di motivazione dei lavoratori e di miglioramento della qualità del servizio erogato.

La valutazione del personale, perciò, rappresenta una tappa obbligata del funzionamento di ogni sistema organizzativo in quanto verifica che si chiuda il ciclo tra formulazione di obiettivi strategici, risultati dell'organizzazione, contributo di ogni persona al raggiungimento

degli stessi. Il perimetro all'interno del quale i metodi e gli strumenti si applicano è dato dalla people strategy più adeguata alle caratteristiche del sistema organizzativo (strategia, obiettivi, capacità individuali interne).

Complessivamente i sistemi di valutazione del personale si occupano di:

- valutare l'assolvimento delle responsabilità gestionali o professionali connesse a ogni incarico;
- valutare il contenuto delle prestazioni lavorative e l'aderenza rispetto agli standard annuali assegnati.

La valutazione riguarda i risultati di ogni professionista indipendentemente dalla natura del proprio incarico (gestionale o professionale) e concerne il contributo che un soggetto apporta attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Naturalmente la valutazione sottolinea la necessità di processi di misurazione dei risultati relativi agli obiettivi quantitativi e/o qualitativi.

I principi a cui invece si sono ispirati i CCNLL a partire dalla fine degli anni Novanta hanno correttamente imboccato la strada della verifica della dimensione prestazionale e anche della dimensione professionale rispetto alla quale non sarà più possibile invertire il senso di marcia. Le innovazioni legislative introdotte dal 2009 in poi con il tema della performance organizzativa e individuale hanno ancora di più sottolineato il tema della misurazione dei risultati e della valutazione degli esiti nella PA e ancora di più in sanità.

Quali sono gli ambiti di valutazione del personale?

La valutazione come verifica delle capacità e dei risultati dei dirigenti che operano in sanità avviene: annualmente, al termine del primo quinquennio di servizio a tempo indeterminato, al termine dell'incarico e si fonda essenzialmente su due aree:

- la verifica del raggiungimento obiettivi di budget, di équipe e/o individuali;
- l'espletamento degli incarichi (gestionali e professionali).

Tradizionalmente la prima valutazione che viene fatta al dirigente gestionale e professionale è quella riguardante il raggiungimento degli obiettivi che annualmente negozia con la Direzione strategica (se direttore della UO) o che riceve dal proprio direttore a seguito della negoziazione con la direzione. La seconda concerne invece la capacità di esercitare l'incarico assolto in azienda. Le tipologie di incarico sono essenzialmente due:

- quello di direzione di struttura complessa, semplice dipartimentale, semplice nella struttura complessa ovvero con contenuto gestionale, dove per «struttura» si intende l'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita la responsabilità di governo di risorse umane, tecniche o finanziarie;

- quello professional ovvero specialistico, cioè quelli che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico-funzionale di base o più complessa nella disciplina di appartenenza.

Se scopo ultimo è la verifica della performance dirigenziale individuale, uno degli scopi aziendali principali è avere internamente all'azienda sociosanitaria una metodologia unica che, composta da metodi e strumenti propri del percorso di budget e del percorso professionale, possa sfruttare gli spazi di integrazione tra i due modelli, semplificando il processo complessivo e creando le necessarie sinergie per il buon funzionamento aziendale sia verso l'utente interno sia verso i processi d'azienda rivolti all'utente esterno.

Ripasso

1. *La people strategy si fonda sui seguenti presupposti:*

- A. La diversità non deve essere gestita all'interno dei sistemi organizzativi
- B. La valutazione e la people strategy sono due concetti che confliggono tra loro
- C. L'engagement può trasformare le performance aziendale
- D. La gestione dello stress e del conflitto non sono correlabili alle politiche sulle risorse umane

2. *La valutazione della performance individuale di ogni dirigente è:*

- A. Uno strumento tipico delle imprese di produzione con finalità di reddito
- B. Uno percorso di miglioramento organizzativo
- C. Un percorso che deve essere in linea con la strategia interna e con le competenze degli individui che lavorano
- D. Uno strumento il cui uso dipende dal top management aziendale ai vertici dell'azienda sociosanitaria

3. *La valutazione della performance dirigenziale individuale prevede la verifica:*

- A. Dei risultati raggiunti a fronte degli obiettivi annuali assegnati
- B. Dei risultati professionali raggiunti a fronte delle competenze specialistiche possedute
- C. Dei risultati ottenuti a seguito del percorso di budget, delle competenze specialistiche dimostrate e dei comportamenti assolti in relazione all'incarico e alla necessità di sviluppare o mantenere un buon clima organizzativo interno alla UO
- D. Dei comportamenti organizzativi e/o professionali

Riferimenti bibliografici

Bezzi C. (2007), *Cos'è la valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici*, Franco Angeli, Milano.

Cartabellotta A., «La Valutazione della Competence Professionale», Workshop, <http://www.gimbe.org/eventi/competence/index.htm>.

Cheese P., Thomas R.J., Craig E. (2009), *L'impresa dei talenti. Strategie ed esperienze per moltiplicare il valore delle risorse umane*, Il Sole 24 Ore, Milano.

Cipollone P., Visco I. (2007), *Il merito nella società della conoscenza*, il Mulino, Bologna.

Devenport H.T. (2005), *Thinking for a Living: How to Get Better Performance and Results from Knowledge Workers*, Harvard Business School Press, Boston.

Drucker P. (1959), *The landmarks of tomorrow*, Harper, New York.

Gabrielli G. (2005), *Remunerazione e gestione delle persone*, Franco Angeli, Milano.

Holme H.A. (2000), «Professional development and continuous improvement of care: A model for continuous credentialing», Conferenza «Credentialing Physician Specialists: A World Perspective», Chicago.

Joint Commission International (2009), «Standard for Hospital and competency assessment», 6 marzo.

Profili S. (2004), *Il Knowledge management. Approcci teorici e strumenti gestionali*, Franco Angeli, Milano.

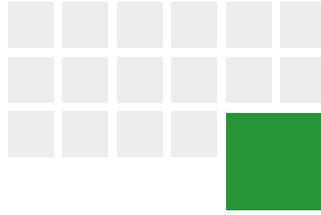
Protasoni R. (2007), *People strategy. La nuova sfida per il management di successo*, Guerini e Associati, Milano.

Solari L. (2004), *La gestione delle risorse umane*, Carocci, Firenze.

Delibera di Giunta Regionale n. 18576, 5 agosto 2004.

Deliberazione di Giunta Regionale n. 20767, 16 febbraio 2005.

Decreto legislativo 150, «Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni», 27 ottobre 2009.



16

La gestione dei conflitti nei gruppi di lavoro

Claudia Borreani

16.1 Il gruppo di lavoro

Un gruppo di lavoro è costituito da un insieme di persone che condividono gli stessi obiettivi, interagiscono tra di loro con una certa regolarità e svolgono un ruolo specifico e riconosciuto sotto la guida di un leader.

Il gruppo di lavoro mette inevitabilmente in atto processi relazionali e comunicativi che, insieme alle competenze professionali, favoriscono il raggiungimento degli obiettivi, preservano il benessere dei singoli (clima lavorativo) e contribuiscono allo sviluppo dei componenti e del gruppo stesso.

Si può quindi affermare che un gruppo di lavoro sia caratterizzato da due distinte modalità di funzionamento:

- *funzionamento razionale*: legato alle finalità del lavoro e dei processi produttivi;
- *funzionamento affettivo-emotivo*: legato alla qualità delle relazioni e all'impatto emozionale del lavoro sulle difese e sulle dinamiche psicologiche dei singoli e del gruppo.

Queste due modalità di funzionamento non sono sempre sinergiche e ciò può condizionare, anche in maniera significativa, il perseguimento degli obiettivi del gruppo.

Un cattivo funzionamento del gruppo può diventare un importante fattore di stress per i suoi componenti oltre che di inefficienza e scarsa qualità dell'attività svolta.

L'équipe sanitaria possiede tutte le caratteristiche per essere considerata un gruppo di lavoro e per questo motivo è importante che il suo funzionamento, così come i processi comunicativi al suo interno, diventino oggetto di attenzione e cura da parte dell'istituzione.

16.2 Il conflitto

Il conflitto è quella situazione che si determina tutte le volte che su un individuo agiscono contemporaneamente due forze psichiche di intensità più o meno uguale, ma di opposta direzione (Lewin, 1948).

È normale che convinzioni, desideri, interessi, bisogni e valori individuali nella conduzione del lavoro siano naturalmente destinati a scontrarsi con quelli delle altre persone generando quindi dinamiche conflittuali. Anche all'interno di uno stesso individuo possono coesistere e contrapporsi bisogni, motivazioni e desideri di cui non si è sempre consapevoli.

Parliamo quindi di conflitto:

- *intrapersonale* in presenza di uno divario tra ciò che una persona desidera e un'istanza interiore, spesso inconscia, che impedisce la soddisfazione del bisogno connesso;
- *interpersonale* che si sviluppa tra due o più persone quando la soddisfazione di un desiderio o il conseguimento di un obiettivo da parte del singolo entra in contrasto con il desiderio gli obiettivi di altre persone.

Occorre inoltre distinguere i conflitti che coinvolgono il piano cognitivo da quelli che riguardano il piano emotivo degli individui.

Parliamo di *piano cognitivo* quando le ragioni del conflitto lavorativo sono riconducibili a situazioni facilmente obiettivabili, quali: fatti, avvenimenti, aspetti organizzativi, procedure.

Quando il conflitto riguarda invece il *piano emotivo* abbiamo a che fare con vissuti individuali o collettivi che non giungono apertamente alla luce ma vengono agiti attraverso comportamenti o atteggiamenti che possono sembrare incomprensibili. Frustrazione, rabbia, colpa, impotenza, giudizio, rappresentano spesso la base emotiva di conflitti che cognitivamente non risultano spiegabili.

Quando un conflitto coinvolge due piani diversi (cognitivo/emotivo) la sua individuazione sarà molto più difficoltosa e conseguentemente sarà più complessa anche la risoluzione. Questo vale sia per i conflitti intrapersonali che per quelli interpersonali. Perché questo tipo di conflitto possa evolvere è necessario allineare i due piani, portando alla coscienza o esprimendo i vissuti emotivi alla base del conflitto.

16.3 Il conflitto nei gruppi di lavoro

La presenza di conflitti nei gruppi di lavoro è una condizione comune che esprime anche il tipo di funzionamento del gruppo stesso. La maggior parte dei conflitti si risolve autonomamente grazie a meccanismi riparativi interni o alla presenza di leader situazionali. Il leader situazionale è un componente del gruppo che per una specifica problematica esprime risorse utili alla gestione della stessa ed è riconosciuto in questo dagli altri membri del gruppo.

Il conflitto tuttavia descrive sempre una situazione relazionale e organizzativa che

deve essere interpretata. Non si deve considerare solo come elemento negativo: governare il processo naturale del conflitto consente di trasformare un problema in un'opportunità di sviluppo.

Per questo motivo è interesse del responsabile del gruppo di lavoro (leader istituzionale) monitorare la qualità delle relazioni, individuare eventuali situazioni conflittuali e valutare la necessità di mettere in atto interventi mirati.

16.4 La comunicazione nei gruppi di lavoro

La comunicazione è l'elemento chiave che permette il funzionamento del gruppo poiché consente lo scambio di informazioni finalizzato al raggiungimento dei risultati.

La comunicazione nel gruppo si articola su tre livelli:

- *interattivo*, che va a impattare sulla struttura relazionale del gruppo;
- *informativo*, che è relativo allo scambio e all'elaborazione di materiali e conoscenze inerenti il lavoro;
- *trasformativo*, che concerne gli scambi che producono il cambiamento.

Ogni comunicazione inoltre contiene sempre un elemento di *contenuto* e uno di *relazione*.

Il contenuto della comunicazione è relativo alle informazioni che il messaggio contiene, alle parole utilizzate.

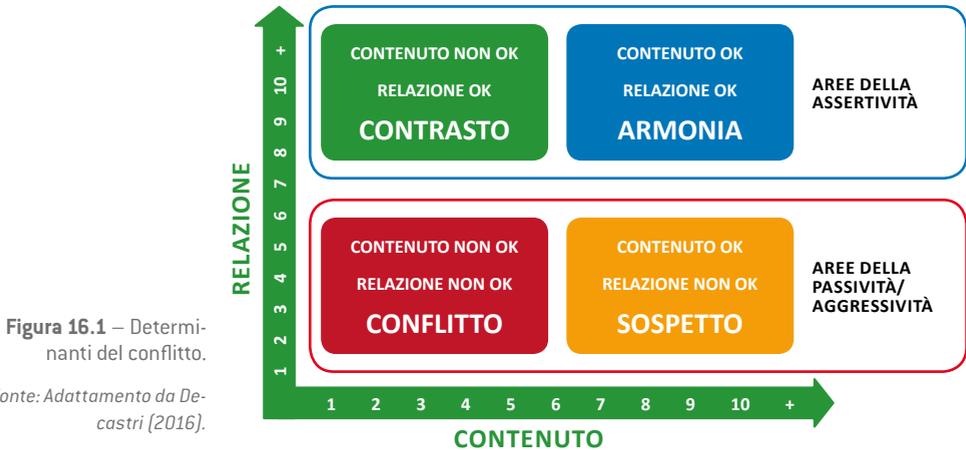
L'aspetto di relazione è legato alla meta-comunicazione ossia al modo in cui le cose vengono dette, in quale contesto, in quale situazione vengono espresse, alla relazione che lega i soggetti tra di loro.

16.5 L'analisi del conflitto

Alla luce della classificazione sopra descritta possiamo raggruppare i conflitti in due grandi categorie:

- *conflitti di contenuto*: riguardano prevalentemente il piano cognitivo e sono facilmente individuabili. Possono riguardare per esempio aspetti organizzativi o procedurali: «non svolgo questo lavoro perché non rientra tra i miei compiti». Questo tipo di conflitto ha sempre una valenza positiva in quanto alimenta il confronto e lo scambio tra i partecipanti;
- *conflitti di relazione*: sono assimilabili a un gioco di potere e riguardano prevalentemente il piano emotivo di chi ne è coinvolto. Hanno a che fare con la qualità delle relazioni tra i membri del gruppo: per esempio «non svolgo questo lavoro perché sei tu che me lo chiedi». Questo tipo di conflitto invece ha spesso una valenza negativa in quanto impatta sulle relazioni e il funzionamento del gruppo arrivando anche a immobilizzarlo.

Utilizzando questa classificazione è possibile definire il grado di intensità dei conflitti come rappresentato nella Figura 16.1.



Quando in un gruppo la comunicazione è positiva sia sul piano dei contenuti che su quello della relazione siamo di fronte a un *funzionamento armonico* del gruppo.

Quando il piano di contenuto è in disaccordo ma le relazioni sono solide si delinea una *situazione di contrasto* sulla quale è facile intervenire.

Quando c'è un accordo sul contenuto ma le relazioni sono conflittuali si può parlare di *situazione di sospetto* più complessa di individuare.

Infine quando il gruppo è in difficoltà sia sul piano del contenuto che su quello delle relazioni siamo di fronte a una vera e propria *situazione di conflitto* che richiede necessariamente un intervento per essere superata.

È importante, per prevenire i conflitti, monitorare le situazioni di contrasto e affrontarle prima che le relazioni si compromettano creando quindi i presupposti di un vero e proprio conflitto.

16.6 La consapevolezza

La consapevolezza di sé e la capacità di gestione delle proprie emozioni non sono sempre considerate come elementi determinanti nella sfera professionale. Sarebbe tuttavia importante promuovere una riflessione su queste componenti tra i membri dei gruppi di lavoro.

Quando la consapevolezza di sé è scarsa o nulla, una situazione di conflitto può esitare in reazioni emotive che si sottraggono al controllo razionale. I comportamenti sono infatti determinati dalla sovrapposizione e confusione di cause esterne e interne – tra ciò che arriva alla coscienza e ciò che rimane nascosto.

In questo caso le reazioni e le conseguenti controreazioni possono essere arrestate solo da gradi diversi di consapevolezza dei propri bisogni, sentimenti ed emozioni.

16.7 La gestione del conflitto

La gestione dei conflitti è una competenza manageriale fondamentale, che può determinare il successo o l'insuccesso nella gestione delle risorse e trasformare la natura stessa del conflitto in costruttiva o distruttiva.

Dopo un'attenta valutazione delle problematiche rilevate nel gruppo di lavoro è importante considerare una strategia per gestirle adeguatamente. Un conflitto non deve mai essere ignorato ma deve essere attentamente valutato il tipo di intervento da attuare in relazione a:

- *il tipo di conflitto*. Conflitti di contenuto o di relazione presuppongono strategie di gestione differenti: fondati sui «fatti» nel primo caso, sui «vissuti» nel secondo;
- *le competenze e il grado di riconoscimento del leader da parte del gruppo*. Tutti i leader dovrebbero possedere capacità di mediazione e di gestione dei gruppi di lavoro. Tali abilità possono anche essere acquisite attraverso percorsi formativi specifici o avvalendosi di un consulente *ad hoc*. È molto importante che, nella gestione dei conflitti, il leader sia riconosciuto come tale dal gruppo di lavoro.

16.8 La mancata gestione del conflitto

È sconsigliabile ignorare le situazioni di conflitto nel proprio gruppo di lavoro o lasciarne la gestione ai singoli membri. È possibile che dopo un attento esame della situazione si decida di non intervenire direttamente, ma questo deve essere il risultato di una riflessione attenta e ponderata (e non una via di fuga).

La mancata gestione di un conflitto può infatti portare:

- a un ritiro dell'investimento emotivo verso i colleghi o verso il lavoro;
- a relazioni disagiuvole fra operatori (ricicche/evitamenti);
- a una riduzione della produttività;
- a situazioni di burn out;
- a fenomeni di mobbing.

16.9 I benefici del conflitto

Governare il processo naturale del conflitto consente di trasformare un problema in una grande opportunità di sviluppo in quanto:

- consente la manifestazione dei problemi;
- spinge alla ricerca di soluzioni;
- migliora la coesione del gruppo e l'organizzazione;
- accresce il senso di efficacia individuale e di gruppo.

In sintesi

La capacità di gestire i conflitti è una competenza manageriale fondamentale, che può determinare il successo o l'insuccesso nella gestione delle risorse. È importante monitorare l'andamento delle relazioni all'interno dei gruppi di lavoro e intercettare precocemente segnali di conflittualità.

Inquadrare correttamente le problematiche consente di definire strategie adeguate: anche un «non intervento» deve essere frutto di un'attenta valutazione e non una strategia di evitamento del problema.

Quando i conflitti sono relativi al *contenuto* del lavoro, sono più facilmente gestibili in quanto il piano di confronto è quello cognitivo. Quando invece i conflitti riguardano le *relazioni* tra i membri del gruppo, sono presenti elementi emotivi, più o meno consci, che rendono questo conflitto più complesso da individuare e da gestire. Tutti i manager dovrebbero possedere capacità di analisi, mediazione e di gestione delle dinamiche gruppali. Tali abilità possono anche essere acquisite attraverso percorsi formativi specifici o facendosi supportare da consulenti esperti in questa materia.

Ripasso

1. Quali sono i livelli della comunicazione all'interno di un gruppo di lavoro?

- A. Un gruppo di lavoro comunica su 2 livelli: razionale ed emotivo
- B. La comunicazione di un gruppo non è scorporabile in singole unità
- C. La comunicazione all'interno di un gruppo di lavoro dipende dalla qualità delle relazioni
- D. Un gruppo di lavoro comunica su 3 diversi livelli: interattivo, informativo e trasformativo

2. Perché è importante favorire la consapevolezza delle emozioni nei componenti del gruppo di lavoro?

- A. Per evitare il generarsi di un contagio emotivo all'interno del gruppo
- B. Per migliorare la conoscenza di sé

C. Perché la maggior parte dei conflitti sono determinati da vissuti emotivi non riconosciuti o non espressi

D. Per migliorare la comprensione dell'altro

3. Perché non bisogna ignorare le situazioni di conflitto nel proprio gruppo di lavoro?

A. Perché le situazioni di conflitto minano la leadership di un gruppo

B. Perché un conflitto non riconosciuto e non gestito può determinare uno scadimento delle relazioni interne, ma anche una riduzione della produttività

C. Perché un manager viene valutato anche in base alla sua capacità di gestire i conflitti

D. Certi conflitti devono essere ignorati

Riferimenti bibliografici

Caporarello L.M. (2015), *Team management. Come gestire e migliorare il lavoro di squadra*, EGEA, Milano.

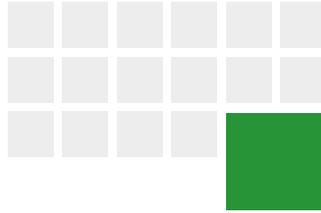
Cesari Lusso V. (2005), *Dinamiche e ostacoli della comunicazione interpersonale*, Erickson, Trento.

Decastri M. (a cura di) (2016), *Leggere le organizzazioni: le teorie e i modelli per capire*, Guerini Next, Milano.

Di Feo M., Gallo A. (2016), *Parlami capo. Il colloquio nella gestione dei collaboratori*, Franco Angeli, Milano.

Edelmann R.J. (2013), *Conflitti interpersonali nel lavoro. Analizzarli e risolverli senza aggressività né passività*, Erickson, Trento.

Lewin K. (1948), *Resolving Social Conflicts. Selected Papers on Group Dynamics*, Harper, New York.



17

Relazioni di aiuto e burnout: caratteristiche, rischi e benefici

Laura Gangeri

17.1 Definizione di relazione di aiuto

«Apportiamo un aiuto profondo solo quando nella relazione rischiamo noi stessi come persone, quando sperimentiamo l'altro come una persona con i suoi diritti: solo allora ha luogo un incontro a una profondità tale da dissolvere il dolore della solitudine in entrambi» (Rogers, 2000).

La relazione di aiuto si instaura sempre tra un individuo che vive la propria condizione come malessere e un altro individuo, o altri, che hanno la possibilità di alleviare o risolvere tale malessere. Tale relazione è definita dalla presenza di una parte forte e una parte debole e coinvolge sia chi è nella posizione di dare sia chi è in quella di ricevere. È definita dalla presenza di una relazione di aiuto talvolta associata a una ideologia di tipo assistenziale, per la quale l'aiuto dato a colui che ha bisogno è una forma di beneficenza, unicamente legata alla sensibilità personale e/o alla concezione della professione come missione e vocazione.

Questa visione è spesso presente anche nei lavoratori dell'aiuto (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, insegnanti ecc.) quando ad animarli è un forte spirito oblativo e salvifico che li fa «collocare» dalla parte del bene (salute, sapienza, potenza, bontà) con conseguente sottovalutazione della fatica fisica, psicologica ed emotiva.

Può essere inoltre presente nelle organizzazioni assistenziali quando la valutazione del risultato raggiunto si identifica con l'aiuto prestato richiedendo un impegno eccessivo rispetto alle possibilità del lavoratore di farvi fronte (stress lavorativo).

Può essere infine presente nell'utente stesso quando, per il fatto di essere soggetto di aiuto, non ritiene di avere diritti e/o potere (anche quando deve prendere decisioni sulla sua

vita e salute) o al contrario per lo stesso motivo aumenta in modo indiscriminato il numero di richieste.

17.2 I lavoratori di aiuto e lo stress lavorativo

La relazione di aiuto va riconosciuta come un'esperienza che richiede una competenza specifica, da apprendere all'interno di un percorso formativo altrettanto specifico in grado di indicarne le caratteristiche, i rischi e i benefici e permettere agli operatori di mantenere l'impegno verso l'altro senza un eccessivo livello di stress.

Tra i principali segni e sintomi dello stress lavorativo sono documentati:

- alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno;
- sensazione di fallimento;
- rabbia e risentimento;
- senso di colpa e disistima;
- scoraggiamento e indifferenza;
- negativismo;
- isolamento e ritiro (disinvestimento);
- senso di stanchezza ed esaurimento tutto il giorno;
- guardare frequentemente l'orologio;
- notevole affaticamento dopo il lavoro;
- perdita di sentimenti positivi verso gli utenti;
- rimandare i contatti con gli utenti, respingere le telefonate dei clienti e le visite in ufficio;
- avere un modello stereotipato degli utenti;
- incapacità di concentrarsi o di ascoltare ciò che l'utente sta dicendo;
- sensazione di immobilismo.

17.3 La relazione di aiuto come fattore di rischio

Occorrono quindi molte energie per restare calmi, comprensivi e premurosi quando si è di fronte a una persona che chiede di essere aiutata a livello fisico e psicologico, lo fa ripetutamente e lo fa manifestando forti emozioni quali la paura, la rabbia, l'angoscia e la sofferenza.

Coloro che svolgono professioni di aiuto possono, se non sufficientemente formati e supportati, passare da una visione benevola connessa a forti ideali professionali, a una visione negativa sia del proprio lavoro sia della persona da aiutare.

Questo spostamento sembra essere influenzato da diversi fattori:

- forte focalizzazione sui problemi dovuta al fatto che l'operatore dell'aiuto tende a chiedere prevalentemente informazioni negative (effetti collaterali, sintomi fisici), di conseguenza gli utenti tendono a non comunicare aspetti positivi della loro situazione, il tempo disponibile viene utilizzato per la risoluzione dei problemi più gravi e urgenti e quando scompaiono i problemi dell'utente scompare anche l'utente ovvero il paziente non è più oggetto di attenzione;
- assenza di feedback positivo ovvero l'operatore sembra essere più frequentemente oggetto di lamentele e critiche, bersaglio di emozioni molto intense (collera, paura, frustrazione), qualche volta anche simbolo delle cause della situazione difficile vissuta dal paziente più che oggetto di gratitudine;
- alto livello di stress emozionale dovuto al continuo contatto con persone sofferenti che esprimono emozioni e comportamenti estremi o inaccettabili (è dimostrato un maggiore livello di stress in operatori che lavorano in terapia intensiva, pronto soccorso, hospice a contatto con persone che muoiono o che provano molto dolore);
- contatto con situazioni croniche per le quali non è pensabile un cambiamento.

Un altro importante fattore che influisce sul disagio emozionale dell'operatore e sul suo livello di stress è il divario tra ideale/motivazione e reale.

L'idea di cura, infatti, si scontra talvolta con un mondo reale nel quale gli operatori dell'aiuto devono inserire nuove priorità. Essa è, invece, caratterizzata da concetti quali:

- il paziente viene prima di tutto;
- ascoltare è importante;
- gli aspetti psicosociali della malattia sono parte della cura;
- la dignità del paziente deve essere rispettata;
- conta il lavoro di équipe.

Le priorità che dovranno affrontare gli operatori potranno essere:

- i protocolli hanno la precedenza sui bisogni dei pazienti;
- non c'è sufficiente tempo per tutto;
- non ci sono sostegni psicologici e percorsi di formazioni riconosciuti;
- la privacy è ignorata;
- lo spazio e il tempo della comunicazione con l'altro sono minimi.

Tanto più è ampio il divario tra mondo ideale e mondo reale all'interno della propria esperienza professionale tanto più sarà presente il senso di impotenza e di frustrazione fino ad arrivare alla sindrome del burn out.

17.4 Burn out, un «fenomeno occupazionale»

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce il burn out come un «fenomeno occupazionale» derivante da uno stress cronico mal gestito, ma specifica che non si tratta di una malattia o di una condizione medica.

La sindrome del burn out comincia a essere considerata una malattia professionale ad alta rilevanza tra le professioni di aiuto intorno agli anni Settanta ed è considerata come «una condizione di esaurimento fisico ed emotivo» e definita la risposta psicologica allo stress cronico lavorativo di natura interpersonale ed emozionale.

Cristina Maslach (2000), riconosciuta come una delle ricercatrici più impegnate sullo studio di questa sindrome, identifica nel burn out 3 dimensioni principali:

- esaurimento emotivo (EE) ovvero la sensazione di non essere più in grado di offrire nulla a livello emotivo, di essere in continua tensione, di essere svuotati e senza energia, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri, sensazione di aver oltrepassato i propri limiti fisici ed emotivi con conseguente riduzione del contatto con gli altri al minimo indispensabile e del distacco psicologico da qualsiasi coinvolgimento emotivo;
- depersonalizzazione (DP) caratterizzata da un atteggiamento distaccato verso il lavoro, le persone e i colleghi, una strategia volta a evitare i coinvolgimenti emotivi imposti dalla situazione professionale con conseguente sviluppo di sentimenti negativi e cinici nei confronti degli utenti e colleghi;
- ridotta realizzazione personale (RP) ovvero la sensazione di non svolgere adeguatamente i compiti e di essere incompetente sul luogo di lavoro con la tendenza a valutarsi e giudicarsi in modo negativo.

Vanno considerate tra le cause del burn out anche variabili legate alle relazioni interpersonali come la presenza di difficili interazioni con colleghi e di frequenti conflitti nella programmazione del lavoro o interruzioni e le caratteristiche dell'ambiente di lavoro e della organizzazione:

- politiche sanitarie e di sicurezza inadeguate;
- bassi livelli di supporto ai lavoratori;
- comunicazione e gestione insufficiente;
- compiti e obiettivi poco chiari;

- programmi che cambiano spesso;
- orari inflessibili e scadenze irrealistiche;
- partecipazione limitata o scarsa nei processi decisionali della propria area di lavoro;
- mancato riconoscimento (sia sociale, che economico) del risultato.

17.5 Fattori di protezione

La formazione

Prevedere momenti di formazione permette di rendere gli operatori più preparati e capaci di interpretare e accettare situazioni di esaurimento emozionale. La formazione deve essere prevista a livello organizzativo e istituzionale anche con funzione di supporto per gli operatori attraverso incontri di supervisione e discussione dei casi complessi, counseling e affiancamento alle attività in tempi e luoghi istituzionalmente dedicati.

Il lavoro di gruppo

Il lavoro in équipe fornisce all'operatore uno spazio di appartenenza e confronto, di supporto emotivo e di controllo. L'équipe è un contenitore delle dimensioni affettivo-razionali che sono implicate nel lavoro dell'aiuto.

I vantaggi del lavoro di gruppo:

- maggior diffusione delle conoscenze e loro capitalizzazione all'interno dell'organizzazione;
- diminuzione delle distorsioni cognitive e delle possibilità di errore nelle decisioni;
- riduzione dei pregiudizi che rendono meno affidabile l'analisi della realtà e le successive decisioni;
- aumento delle potenzialità diagnostiche e terapeutiche e del grado di accettazione e convinzione delle azioni da compiere;
- allargamento delle responsabilità ed elaborazioni più ricche;
- condivisione delle decisioni con aumento della motivazione professionale;
- aumento dell'affettività, del riconoscimento e del senso di appartenenza;
- aumento dell'integrazione con promozione della condivisione delle conoscenze, dei linguaggi, dei metodi e alla fine degli obiettivi.

I fattori che agevolano il lavoro di gruppo:

- assegnazione di ruoli di coordinamento, identificando delle specifiche figure di integrazione tra i membri del gruppo (anche senza posizione sovraordinata);
- conoscenza delle dinamiche interne;
- standardizzazione delle conoscenze per avere riferimenti culturali e/o tecnici uniformi con i modelli di riferimento e tecniche di valutazione coerenti tra i vari componenti del gruppo di lavoro;
- il livello cognitivo razionale si differenzia da quello emotivo;
- il progetto deve essere condiviso;
- rispetto delle regole.

Il case management

Il *case management* è un metodo di lavoro multidisciplinare in grado di superare i confini tra i servizi e di ottimizzare le risorse in gioco. Il *case manager* è un professionista qualificato (tendenzialmente un infermiere) che opera come riferimento e «facilitatore» per la persona che ha bisogni sociosanitari complessi e per i servizi interessati nella gestione della persona stessa. Assicura la continuità assistenziale in tutte le fasi del progetto di cura, coordina le risorse, migliora l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. La figura del *case manager* è particolarmente importante per le situazioni cliniche che necessitano il coordinamento fra équipe di diversa appartenenza organizzativa promuovendo il funzionamento sinergico. Controlla inoltre l'aderenza ai programmi specifici e ai processi di qualità e attiva gli specialisti seguendo l'operato in caso di problemi emergenti.

Il clima

I sistemi di aiuto producono benessere per i clienti attraverso il benessere degli operatori d'aiuto. O meglio i sistemi di aiuto producono benessere solo se sanno prevenire il malessere o il burn out degli operatori. Salute, benessere, disagio sono concetti di tipo essenzialmente soggettivo. Un individuo sente di stare bene o male, e il suo stato è soprattutto uno stato d'animo. Anche i sistemi hanno uno stato d'animo che la psicologia chiama «clima».

Il clima di un'organizzazione d'aiuto è insieme causa ed effetto degli stati d'animo degli individui che ne fanno parte e delle loro relazioni. Un clima depressivo, conflittuale o disgregato è insieme spia e causa di una situazione generale che può facilmente esitare in un burn out diffuso. Il controllo e l'azione di miglioramento del clima organizzativo è dunque una delle possibili leve di prevenzione del burn out.

Importante quindi la periodica rilevazione del clima dell'organizzazione complessiva e l'attivazione di interventi volti al mantenimento di buoni livelli di benessere.

In sintesi

A partire da una definizione della relazione d'aiuto tra un individuo che vive una condizione di malessere e un altro, o altri, che hanno la possibilità di alleviarlo o risolverlo, il contributo percorre i punti di vista di lavoratori dell'aiuto, organizzazioni e utenti. Nella prospettiva dei lavoratori dell'aiuto, vengono elencati segni e sintomi dello stress lavorativo e si approfondiscono le implicazioni della relazione d'aiuto come fattore di rischio, in particolare per il fenomeno del burn out. Nell'ottica di una proposta di spunti per il lavoro manageriale, vengono illustrati quattro possibili fattori di protezione (formazione, lavoro di gruppo, *case management* e clima) utili a ridurre l'impatto negativo delle dinamiche illustrate sugli operatori della salute.

Ripasso

1. *Quale dei seguenti elementi rappresenta un fattore di rischio nella relazione di aiuto?*
 - A. Focalizzazione sulla persona
 - B. Assenza di feedback positivi
 - C. Basso livello di stress emozionale
 - D. Possibilità di cambiamento/miglioramento

2. *Quale dei seguenti aspetti rappresenta un vantaggio del gruppo di lavoro multidisciplinare?*
 - A. Riduzione della responsabilità collettiva
 - B. Condivisione delle decisioni con aumento della motivazione professionale
 - C. Diminuzione del senso di appartenenza
 - D. Diminuzione della condivisione delle conoscenze, dei linguaggi, dei metodi e alla fine degli obiettivi

3. *Quale dei seguenti elementi rappresenta una criticità nel gruppo mono e multidisciplinare?*
 - A. Presa di responsabilità
 - B. Buoni rapporti tra componenti
 - C. Polarizzazione
 - D. Riduzione delle decisioni rischiose

Riferimenti bibliografici

Adriaenssens J., De Gucht V., Maes S. (2015), «Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research», *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, issue 2, febbraio, pp. 649-661.

Dominici R. (2011), *Valutazione e prevenzione dello stress lavoro-correlato. Modelli e strumenti operativi per intervenire sul disagio lavorativo*, Franco Angeli, Milano.

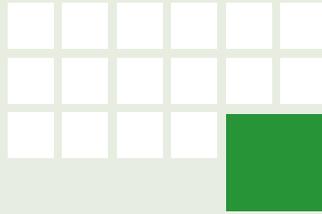
Magnani M., Majer V. (2011), *Rischio stress lavoro-correlato. Valutare, intervenire, prevenire*, Cortina, Milano.

Maslach C., Leiter M. (2000), *Burnout e organizzazione: modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Erickson, Trento.

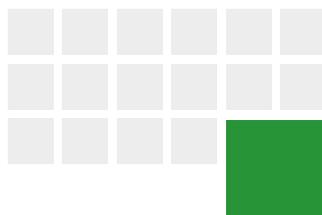
Rogers C.R. (1970), *I gruppi di incontro*, Astrolabio, Roma.

Rogers C.R. (2000), *La terapia centrata sul cliente*, Giunti, Firenze.

Zander K. (1988), «Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes», *The Journal of Nursing Administration*, vol. 18, issue 5, 1 maggio, pp. 23-30.



Contabilità e controllo



18

Elementi caratterizzanti del bilancio di esercizio

Gaia Bassani

18.1 La contabilità economico-patrimoniale e i pilastri normativi

Il D.lgs. 502/1992 ha avviato un processo di aziendalizzazione della sanità conferendo la personalità giuridica alle aziende sanitarie pubbliche e dotandole di strumenti per meglio controllare la spesa sanitaria e l'efficienza dei servizi erogati. Il progressivo abbandono del sistema di contabilità finanziaria e l'adozione della *contabilità economico-patrimoniale* è tra le principali misure adottate per il governo della spesa. Il cambiamento è stato graduale: dal 1995, accanto alla contabilità finanziaria mantenuta in via provvisoria, le ASL e le aziende ospedaliere¹ hanno introdotto la contabilità economico-patrimoniale e dal 2002 tutte le strutture sanitarie si sono dotate esclusivamente di sistemi di competenza economico-patrimoniale (D.lgs. 229/1999). Con la finalità di garantire la confrontabilità dei dati contabili delle aziende sanitarie e delle Regioni, il DM 20 ottobre 1994 ha definito gli schemi di bilancio, successivamente modificati con DM 11 febbraio 2002, D.lgs. 118/2011 e DM 20 marzo 2013. In particolare, il D.lgs. 118/2011 (Titolo II) ha avuto un ruolo decisivo in tema di *armonizzazione contabile* non solo modificando gli schemi di bilancio, ma avvicinando il modello contabile delle aziende sanitarie pubbliche alla normativa civilistica e ai principi contabili nazionali predisposti dalla prassi professionale per le aziende private. Accanto al collegamento ai principi contabili generali ha, inoltre, previsto principi di valutazione specifici per il settore sanitario e l'obbligo di predisposizione del bilancio preventivo.

La contenuta capacità informativa è riconosciuta come la principale criticità della contabilità finanziaria che in via prioritaria monitora l'aspetto finanziario della gestione, trascurando l'aspetto economico e patrimoniale (Mura, 2005). Inoltre, entrambi i regimi contabili

¹ Per la Regione Lombardia, ogni riferimento alle ASL e alle aziende ospedaliere si contestualizza nella recente riforma del Sistema socio-sanitario lombardo (L.R. 23/2015) che attribuisce a tali aziende rispettivamente la denominazione di agenzie di tutela della salute (ATS) e aziende sociosanitarie territoriali (ASST).

analizzano le operazioni della gestione aziendale, ma con finalità differenti: la contabilità finanziaria pubblica, intendendo assicurare lo svolgimento dell'attività gestionale nei limiti finanziari stabiliti nel bilancio di previsione, ha scopi autorizzativi (D'Alessio, 1997), mentre la contabilità economico-patrimoniale osserva le condizioni e le modalità di svolgimento della gestione e in che misura esse soddisfano le aspettative del soggetto economico (Anessi Pessina, 2000). A finalità differenti corrispondono anche oggetti e metodi di rilevazione differenti. Gli oggetti di rilevazione della contabilità finanziaria pubblica sono il fondo di cassa alla fine dell'esercizio e il risultato di amministrazione: grandezze che esprimono l'equilibrio tra ricchezza prelevata dall'azienda pubblica e ricchezza impiegata dall'azienda stessa per lo svolgimento delle proprie funzioni. La contabilità economico-patrimoniale è, invece, volta a determinare il reddito d'esercizio e il collegato capitale di funzionamento. Sul piano del metodo di rilevazione la contabilità finanziaria pubblica si serve della partita semplice che consente di rilevare un solo aspetto della realtà osservata, mentre la contabilità economico-patrimoniale adotta il metodo della partita doppia che consente di rilevare contemporaneamente due aspetti differenti degli eventi di gestione.

Ampliando le variabili gestionali oggetto di rilevazione (p. es. movimentazioni dei cespiti e del magazzino), il passaggio alla contabilità economico-patrimoniale ha avuto importanti effetti sull'organizzazione aziendale e sul sistema di controllo interno (p. es. flussi documentali e informativi) (Martinelli, 2001; Zangrandi, 1993). A proposito di controllo interno, il D.lgs. 118/2011, oltre alla disciplina di armonizzazione contabile, ha dato vigore al concetto di *certificabilità* dei dati amministrativo-contabili introdotto con il Patto per la Salute 2010-2012. Per tale via il DM 17 settembre 2012 ha introdotto una serie di procedure amministrativo-contabili e gestionali (decreto PAC 1 marzo 2013), ha indirizzato azioni strutturate, istituito ruoli e responsabilità di controllo interno utili a ottenere la certificazione di bilancio di tutte le aziende sanitarie pubbliche al pari delle grandi società private. I percorsi di armonizzazione e certificabilità sono sicuramente definibili i pilastri della riforma contabile (Cantù, 2014).

18.2 Dalle operazioni di gestione al bilancio d'esercizio

La contabilità economico-patrimoniale, con il metodo della partita doppia, osserva gli eventi della gestione aziendale e li sintetizza in operazioni economiche tra loro complementari. Le *operazioni di gestione* ordinaria hanno natura di finanziamento, impiego/investimento, trasformazione e realizzo/vendita. In un'azienda sanitaria pubblica le operazioni di finanziamento sono caratterizzate dai finanziamenti in conto capitale e in conto esercizio utili per l'acquisto di beni a lento ciclo di utilizzo (p. es. immobili, attrezzature sanitarie, arredi) e beni a veloce ciclo di utilizzo (p. es. beni sanitari: protesi, farmaci, siringhe) che, opportunamente combinati in servizi (trasformazione), soddisfano la domanda di salute individuale e collettiva, e vengono remunerati (realizzo) tramite le tariffe delle prestazioni effettivamente erogate (per le aziende ospedaliere) e al meccanismo della quota capitaria pesata (per le ASL).

Tali operazioni di gestione sono fortemente legate tra loro e costituiscono una serie di cicli della gestione che portano a una valutazione complessiva dei finanziamenti utili alla globalità degli investimenti, dell'erogazione dei servizi e dei rimborsi. Nonostante la gestione si consideri un processo unitario, è consuetudine frazionarla in intervalli di tempo chiamati *esercizi* o periodi amministrativi. Tali periodi normalmente coincidono con l'anno solare e sono essenziali al monitoraggio degli eventi/operazioni aziendali. Ciascuna operazione di gestione esterna² è misurata cogliendo simultaneamente l'aspetto finanziario e l'aspetto economico. L'aspetto finanziario è l'aspetto originario, di cui si ha immediata percezione; mentre l'aspetto economico è derivato ed è frutto di una valutazione. I *valori finanziari* rappresentano, quindi, la misura delle operazioni di gestione e si caratterizzano per entrate e uscite di denaro, crediti e debiti³. I *valori economici* sottendono la causa che ha generato le operazioni di gestione e rilevano i costi sostenuti, i ricavi realizzati e le movimentazioni del patrimonio netto. Le due serie di valori, finanziari ed economici, sono ordinati in conti (p. es. acquisto beni sanitari, ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie, finanziamenti per investimenti) che hanno la finalità di determinare il reddito d'esercizio (pari a zero per le aziende pubbliche) e il capitale di funzionamento.

Il reddito d'esercizio esprime l'*equilibrio economico*, ossia la differenza tra i trasferimenti ricevuti dallo stato, dalle Regioni e dai vari enti per l'erogazione dei servizi al paziente e i costi che tali servizi hanno comportato (Anessi Pessina e Zavattaro, 1994). Sui ricavi e sui costi influiscono certamente i vincoli di rimborso dei *diagnosis-related group* (DRG), la *reputation* dei professionisti che operano in azienda e l'efficacia ed efficienza con cui il servizio è reso al paziente.

Prima della verifica dell'equilibrio economico della gestione, un'azienda dovrebbe occuparsi di monitorare l'*equilibrio finanziario* accertando il flusso di entrate e uscite di denaro movimentate dalle operazioni di gestione. In questo caso con movimentazioni di denaro si sottendono anche i flussi relativi ai valori assimilati al denaro (crediti e debiti) che rendono più complessa l'osservazione della dinamica temporale delle entrate e delle uscite e l'eventuale formazione del fabbisogno finanziario (i.e. complesso di ritorsioni finanziarie necessarie ad acquisire i fattori produttivi a veloce e lento ciclo di utilizzo). L'equilibrio finanziario è strettamente legato all'equilibrio economico e viceversa. Di conseguenza, le decisioni ispirate dalla ricerca e dal mantenimento dell'equilibrio finanziario devono sempre essere ponderate considerando anche l'aspetto economico. Infine, alcuni valori finanziari ed economici rilevati in corso d'esercizio che influiscono sulla perdurabilità dell'azienda (orizzonte di lungo periodo) concorrono a determinare l'*equilibrio patrimoniale*. Le principali grandezze che influiscono su tale equilibrio sono i beni a lento ciclo di utilizzo, i beni in magazzino, i crediti e le modalità di finanziamento, siano esse capitale di dotazione, trasferimenti o debiti verso

² La gestione esterna è caratterizzata da operazioni che sintetizzano scambi con soggetti esterni all'azienda sanitaria e quindi le operazioni di finanziamento, investimento e realizzo. Le operazioni di trasformazione, invece, costituiscono la gestione interna poiché sono il risultato della combinazione dei beni acquistati per erogare i servizi alla collettività.

³ I crediti e i debiti che hanno origine da operazioni di vendita e acquisto esprimono, rispettivamente, l'aspettativa di ricevere una somma di denaro da un ente pubblico o paziente e la responsabilità di corrispondere del denaro a un fornitore. I crediti e debiti hanno, quindi, origine nel momento in cui il servizio erogato o il bene acquistato non producono nel medesimo istante di erogazione e acquisto, un'entrata o un'uscita di denaro.

istituti bancari. Va da sé che anche l'equilibrio patrimoniale sia strettamente in relazione agli altri due e che tutti siano espressione di un più generale equilibrio aziendale.

La determinazione dell'equilibrio aziendale e in particolar modo del valore dei conti finanziari ed economici nel breve e nel lungo periodo ha a che fare con la rilevazione delle operazioni di gestione e in particolare ai principi che guidano tali rilevazioni. Durante l'esercizio, le operazioni di gestione esterna sono rilevate secondo il *principio della manifestazione finanziaria o di cassa*, per cui al momento dell'accadimento finanziario le operazioni vengono registrate in contabilità (l'aspetto originario è finanziario e l'aspetto derivato è economico). Al termine dell'esercizio, la logica espressa nel principio della manifestazione finanziaria viene sostituita da una logica diversa guidata dal *principio della competenza economica* e tesa a individuare i ricavi e i costi di competenza dell'esercizio indipendentemente dalla data delle relative entrate e uscite finanziarie.

Se, per esempio, l'azienda sanitaria ha come patrimonio gli immobili e le attrezzature sanitarie, tali conti, di natura pluriennale, influiscono sulla perdurabilità dell'azienda e di conseguenza dovranno concorrere alla determinazione del reddito d'esercizio solo relativamente alla quota di perdita di valore dovuta all'utilizzo nell'esercizio in analisi (i.e. ammortamento). Altro esempio può essere il caso del pagamento di una assicurazione annuale. Qualora l'uscita di denaro relativa al canone annuo avvenga in corso d'anno, tale assicurazione coprirà l'arco dei 12 mesi di due anni solari (esercizi) contigui. Per cui la quota parte di assicurazione dell'anno del pagamento sarà di competenza dello stesso anno, mentre la quota parte del costo assicurativo dell'anno successivo al pagamento dovrà ricadere nell'anno successivo. Se però tale costo è stato rilevato, come dovrebbe, al momento dell'uscita di denaro, alla fine del medesimo esercizio il conto assicurazione andrà stornato in modo da contenere un valore corrispondente solo ai mesi dell'anno in corso. Tali rettifiche e integrazioni sono note con il termine di *scritture di assestamento*. Tali scritture sono necessarie alla determinazione del reddito d'esercizio e del capitale di funzionamento in modo che si possano imputare solo quei valori delle operazioni di gestione che sono relative all'esercizio in analisi, rinviando al futuro costi e ricavi di presumibile manifestazione futura.

Il valore dei conti finanziari ed economici, determinato a seguito delle scritture di assestamento, concorre alla determinazione dei valori che rientrano nel bilancio d'esercizio e nei sistemi di rendicontazione previsti dalla normativa.

18.3 Il bilancio delle aziende sanitarie pubbliche

Il bilancio d'esercizio è il sistema di rendicontazione delle aziende sanitarie pubbliche sviluppato nel presente paragrafo. Altri sistemi di rendicontazione vengono accennati per completezza seppur la maggior parte dei flussi informativi in essi contenuti sono i medesimi riassunti, a consuntivo, nel bilancio d'esercizio. In particolare, i sistemi di rendicontazione attualmente in vigore sono il Modello CE, il Modello SP, il Modello LA, il Modello CP⁴ e il Bilancio preventivo economico annuale introdotto dal D.lgs. 118/2011.

⁴ Modelli sostitutivi dei precedenti CE.01, CE.02, CE.03 e CE.04 introdotti con DPCM 17 maggio 1984 e ss. e regolamentati da DM 16 febbraio 2001 e 28 maggio 2001.

Il *Modello CE* (i.e. Conto Economico) è una rendicontazione dettagliata di ricavi e costi che viene redatta e inviata in Regione a valori preventivi all'inizio di ogni anno e consuntivi al termine di ogni trimestre e di ogni anno. Il *Modello SP* (i.e. Stato Patrimoniale) contiene dettagli sulle attività (p. es. immobilizzazioni, attivo circolante) e passività (p. es. patrimonio netto, debiti) e viene redatto a valori consuntivi al termine di ogni anno. Il *Modello LA* contiene i costi dei fattori produttivi a lento e veloce ciclo di utilizzo per livelli di assistenza aziendali. I valori consuntivi annuali sono alimentati dalla contabilità analitica⁵ e i totali devono essere in quadratura con la *contabilità generale*, ossia la contabilità economico-patrimoniale che accoglie tutte le movimentazioni legate alle operazioni di gestione e consente la stesura del bilancio d'esercizio. Ogni azienda sanitaria che gestisce direttamente presidi ospedalieri è tenuta anche a redigere, al termine di ogni anno, il *Modello CP* contenente ricavi e costi di ogni presidio ordinati parimenti al Modello CE. Inoltre, all'inizio di ogni anno, le aziende sanitarie pubbliche sono tenute a inviare in Regione il *Bilancio preventivo economico annuale* contenente una serie di informazioni a supporto delle decisioni strategiche relative agli ambiti di assistenza, ai ricavi e costi a preventivo, agli investimenti, ai finanziamenti e alla gestione della liquidità.

Il *bilancio d'esercizio* è, invece, definibile come una rendicontazione che sintetizza gli eventi della gestione di un anno solare nei conti patrimoniali, economici e finanziari. È destinato a soggetti interni ed esterni ed è realizzato con valori a consuntivo al termine di ogni esercizio. Le ASL e le aziende ospedaliere pubbliche devono pertanto redigere annualmente lo Stato Patrimoniale, il Conto Economico, il Rendiconto Finanziario e la Nota Integrativa. Il Bilancio deve inoltre essere corredato da una Relazione sulla Gestione, sottoscritta dal direttore generale [art. 26 D.lgs. 118/2011, agg.to con DM 20 marzo 2013].

Lo *Stato Patrimoniale* è una rendicontazione di attività (anche chiamate impieghi) e passività (anche chiamate fonti), il *Conto Economico* contiene costi e ricavi d'esercizio, il *Rendiconto Finanziario* dà evidenza dell'ammontare e della composizione delle disponibilità liquide, all'inizio e alla fine dell'esercizio e dei flussi finanziari dell'esercizio per le molteplici gestioni aziendali (i.e. gestione reddituale, di investimento e di finanziamento)⁶. La *Nota Integrativa* è redatta in prosa e contiene i dettagli dei valori inseriti negli altri prospetti di bilancio (p. es. i criteri di valutazione adottati, i movimenti di particolari conti) e i modelli ministeriali CE e SP per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente.

Infine, a integrazione del bilancio d'esercizio, il direttore generale sottoscrive la *Relazione sulla Gestione*, documento con un'importante funzione informativa ed esplicativa sull'andamento dell'azienda anche con riferimento al futuro. Nella Relazione viene anche riportato il Modello LA per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente, nonché un'analisi dei costi sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari, distinti per ciascun livello essenziale di assistenza. Per necessità di sintesi espositiva, il prosieguo del paragrafo si focalizza sulla struttura e sui principali contenuti dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico⁷.

⁵ La contabilità analitica è uno strumento di Direzione strategica che consente di monitorare internamente i ricavi e i costi per aggregati/oggetti di calcolo altri rispetto all'azienda sanitaria nel complesso (p. es. ricavi e costi per unità operative, per dipartimenti, per prestazioni ecc.).

⁶ Per approfondire gli obiettivi e i contenuti del Rendiconto Finanziario si veda, tra gli altri, Mura [2005].

⁷ Per approfondimenti sul bilancio d'esercizio in termini di criteri (generali e specifici per le aziende sanitarie pubbliche – come la sterilizzazione degli ammortamenti) e contenuti si veda, tra gli altri, Cantù [2014].

Lo Stato Patrimoniale rappresenta la situazione del patrimonio di funzionamento riferito a un certo istante (p. es. 31 dicembre 2020) e accoglie l'equilibrio finanziario e l'equilibrio patrimoniale. Il patrimonio di funzionamento è composto dalle passività e dal patrimonio netto che sono le fonti utili ad acquisire le attività. Le attività e passività sono rappresentate nello Stato Patrimoniale in due sezioni contrapposte. Tra le *attività* troviamo quattro macroclassi: A) *le immobilizzazioni*, B) *l'attivo circolante*, C) *i ratei e risconti attivi* e D) *i conti d'ordine*. Le immobilizzazioni costituiscono quei beni immateriali e materiali a lento ciclo di utilizzo, come per esempio i diritti di brevetto e utilizzazione delle opere d'ingegno, i terreni, i fabbricati, le attrezzature sanitarie, gli arredi ecc. Sempre in una prospettiva di medio-lungo periodo, tra le immobilizzazioni, vi sono anche le finanziarie, riferite principalmente a partecipazioni (nei casi in cui le Regioni e le aziende sanitarie partecipano al capitale sociale di nuovi soggetti giuridici come le centrali e i consorzi di acquisto, le fondazioni ecc.).

Il valore delle immobilizzazioni immateriali e materiali inserito nello Stato Patrimoniale corrisponde al valore di acquisto diminuito della perdita di valore dovuta all'utilizzo del bene (i.e. *ammortamento*). Il processo di ammortamento prevede la suddivisione del costo pluriennale in quote di costo di esercizio da rilevare come costo in Conto Economico negli esercizi in cui il bene sarà impiegato. Inoltre, le medesime quote di ammortamento si accumulano in una voce rettificativa del valore del bene inserito in Stato Patrimoniale (i.e. fondo ammortamento) che viene portata in diminuzione del costo di acquisto delle immobilizzazioni.

In una prospettiva di impieghi di breve periodo si possono inquadrare le voci dell'attivo circolante e i ratei e risconti attivi. Le rimanenze di magazzino, divise tra beni sanitari e non, sono la prima voce che caratterizza l'attivo circolante. A seguire i crediti (i.e. ricavi non ancora incassati) espressi per soggetto debitore (p. es. Stato, Regioni, Comuni) e con separata indicazione dei crediti da incassare oltre l'esercizio corrente. Le altre attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni (voce residuale) sono di fatto immobilizzazioni finanziarie, ma con un orizzonte di breve periodo (esercizio) e le disponibilità liquide corrispondono ai fondi cassa e tesoreria. Sempre in un orizzonte di breve periodo, i ratei e risconti attivi corrispondono a incassi o pagamenti per ricavi o costi che sono di competenza di più esercizi e che risultano da incassare in un successivo esercizio (ratei) o già pagati (risconti) nell'esercizio in analisi.

Infine, i conti d'ordine possono considerarsi dei conti di «memoria» di accadimenti futuri che nel caso delle aziende sanitarie sono da sommare alle altre voci di attività (p. es. canoni di leasing ancora da pagare).

Le *Passività* sono costituite da sei macroclassi:

- il patrimonio netto;
- i fondi per rischi e oneri;
- il trattamento di fine rapporto;
- i debiti;

- i ratei e risconti passivi;
- i conti d'ordine.

Il patrimonio netto raggruppa i conti riferiti al capitale dell'azienda sanitaria e tra i principali: il fondo di dotazione dato dalla Regione in sede di costituzione, i finanziamenti per investimenti, le riserve da donazioni e lasciti vincolati a investimenti e gli eventuali contributi da Regione per il ripiano delle perdite. I fondi rischi accolgono la sommatoria degli accantonamenti annui rilevati come costo d'esercizio in Conto Economico. Si riferiscono a quote accantonate per eventi certi o probabili il cui ammontare e/o la data in cui si verificheranno è indeterminata (p. es. fondi per imposte, quote inutilizzate per contributi di parte corrente vincolati che verranno resi disponibili negli esercizi futuri al fine di raggiungere specifici obiettivi). Il fondo di trattamento di fine rapporto, il cui costo annuo (i.e. accantonamento per trattamento di fine rapporto) è registrato in Conto Economico, rappresenta una voce residuale per le aziende sanitarie pubbliche in quanto solo per particolari tipologie di rapporti di lavoro è prevista la corresponsione diretta da parte dell'azienda. La macroclasse debiti contiene i debiti verso tutte le tipologie di creditori (opportunamente distinte) e vi è separata indicazione per i debiti da pagare oltre l'esercizio successivo. Infine, per i ratei e risconti e i conti d'ordine si veda quanto già riportato con riferimento alle attività⁸.

Le voci solitamente più significative tra le attività di Stato Patrimoniale sono le immobilizzazioni materiali (nella macroclasse A) in Tabella 18.1), i crediti e le disponibilità liquide (nella macroclasse B) in Tabella 18.1); tra le passività i finanziamenti per investimenti (nella macroclasse A) in Tabella 18.1), le quote inutilizzate di contributi (nella macroclasse B) in Tabella 18.1) e i debiti (nella macroclasse D) in Tabella 18.1).

ATTIVITÀ		PASSIVITÀ	
DESCRIZIONE	VALORI (IN €)	DESCRIZIONE	VALORI (IN €)
A) Immobilizzazioni		A) Patrimonio netto	
B) Attivo circolante		B) Fondi per rischi e oneri	
C) Ratei e risconti attivi		C) Trattamento di fine rapporto	
D) Conti d'ordine		D) Debiti	
		E) Ratei e risconti passivi	
		F) Conti d'ordine	

Tabella 18.1 – Stato Patrimoniale – Macroclassi.

Fonte: elaborazione dell'autrice in base agli schemi proposti dal Codice Civile.

⁸ In questo caso chiaramente i ratei e i risconti sono passivi.

Il Conto Economico esprime il processo di formazione e l'entità del reddito di esercizio ed è espressione dell'equilibrio economico. A differenza dello Stato Patrimoniale, non è considerabile una fotografia in un dato istante, ma è riferito a un periodo di tempo, normalmente un esercizio (p.es. anno 2020). Inoltre, presenta i ricavi e i costi dell'anno in forma scalare evidenziando le diverse aree di gestione di un'azienda sanitaria pubblica e i risultati intermedi prima della rappresentazione del risultato d'esercizio. La gestione ordinaria di un'azienda sanitaria è costituita dalla Gestione Operativa (il core business aziendale: ricavi per le prestazioni erogate e i costi a esse attribuibili, voce A) e B) in Tabella 18.2) e dalla *gestione finanziaria* (i.e. interessi attivi e passivi derivanti, rispettivamente, dai ricavi generati dalla liquidità investita e dai costi per la richiesta di finanziamenti (voce C) in Tabella 18.2). Accanto alla gestione ordinaria, un'azienda sanitaria è caratterizzata anche dalla gestione straordinaria, ossia quei ricavi e costi derivanti da operazioni che non riguardano il core business, ma presentano carattere di occasionalità. In questa fattispecie rientrano, per esempio, i ricavi derivanti dalla vendita di un'attrezzatura sanitaria a un valore superiore al saldo iscritto in Bilancio (i.e. plusvalenza straordinaria). Sommando i componenti positivi (i.e. ricavi) e negativi (i.e. costi) derivanti dalla gestione ordinaria e straordinaria, si ottiene il risultato prima delle imposte. Tale risultato, diminuito dalle imposte (gestione tributaria), costituisce il reddito d'esercizio.

Nel Conto Economico le voci solitamente più significative tra i ricavi operativi (A) valore della produzione) sono i contributi in c/esercizio, i ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e i ticket. Le voci di ricavo sono articolate al fine di distinguere la quota a garanzia dei fabbisogni sanitari dei cittadini residenti, da ciò che viene erogato per bisogni individuali (prestazioni a pagamento) o a soggetti esterni alla cittadinanza di riferimento. Tra i B) costi della produzione, l'acquisto di beni e servizi, il costo del personale (con diversa indicazione per ruolo) e gli ammortamenti relativi alle immobilizzazioni iscritte in Stato Patrimoniale. Infine, i E) ricavi e i costi della gestione straordinaria sono rilevanti e trovano separata indicazione poiché non riferiti al core business (erogazione delle prestazioni) delle aziende sanitarie.

DESCRIZIONE	VALORI (IN €)
A) Valore della produzione	
B) Costi della produzione	
(A – B) Valore della produzione – Costi della produzione	
C) Proventi e oneri finanziari	
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	
E) Proventi e oneri straordinari	
(A – B +/- C +/- D +/- E) Risultato prima delle imposte	
Y) Imposte e tasse	
Risultato d'esercizio	

Tabella 18.2 – Conto Economico – Macroclassi.

Fonte: elaborazione dell'autrice in base agli schemi proposti dal Codice Civile.

In sintesi

La contabilità economico-patrimoniale ha l'obiettivo di determinare il reddito d'esercizio e il collegato capitale di funzionamento. Adottando il metodo della partita doppia rileva contemporaneamente due aspetti differenti degli eventi di gestione: l'aspetto finanziario e l'aspetto economico. Tali aspetti sono essenziali per monitorare l'equilibrio di un'azienda sanitaria pubblica e privata e per gestire, così, la spesa. Un'azienda sanitaria è in equilibrio quando dal punto di vista finanziario le entrate e le uscite di breve termine si compensano; contemporaneamente quando dal punto di vista economico i ricavi e i costi raggiungono il pareggio di bilancio (per le aziende pubbliche) o il risultato d'esercizio (per le aziende private) e, infine, quando nel medio-lungo periodo è assicurata la perdurabilità della gestione (equilibrio patrimoniale).

I tre equilibri sono sintetizzati a consuntivo nel bilancio d'esercizio e, per le aziende sanitarie pubbliche, a geometrie variabili, anche negli altri sistemi di rendicontazione. Lo Stato Patrimoniale e il Conto Economico sono i prospetti principali del bilancio d'esercizio e, forse, maggiormente ostici per i non addetti ai lavori. Con diverse finalità, i due prospetti contengono voci di particolare significatività. Le immobilizzazioni materiali, i crediti e le disponibilità liquide, i finanziamenti per investimenti, le quote inutilizzate di contributi e i debiti nello Stato Patrimoniale. I contributi in c/esercizio, i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie, i ticket, l'acquisto di beni e servizi, il costo del personale, gli ammortamenti, i ricavi e i costi della gestione straordinaria nel Conto Economico.

Ripasso

1. Quali caratteristiche distintive ha la contabilità economico-patrimoniale?

- A. La contabilità economico-patrimoniale assicura un completo controllo della gestione finanziaria delle risorse pubbliche nelle fasi dell'accertamento dell'impegno e considera l'aspetto patrimoniale mediante la determinazione dei capitali residui attivi e passivi. È resa obbligatoria non per tutti gli enti pubblici
- B. La contabilità economico-patrimoniale è utile al governo della spesa sanitaria in quanto osserva le condizioni e le modalità di svolgimento della gestione e in che misura esse soddisfano le aspettative del soggetto economico. Con l'obiettivo di determinare il reddito d'esercizio e il collegato capitale di funzionamento, tale contabilità adotta il metodo della partita doppia che consente di rilevare contemporaneamente l'aspetto finanziario e l'aspetto economico. Tali aspetti sono essenziali per monitorare l'equilibrio di un'azienda sanitaria pubblica e privata
- C. La contabilità economica rispetto alla contabilità finanziaria si caratterizza per la determinazione, al termine di ogni periodo amministrativo, del risultato d'esercizio. Tale aspetto risulta di particolare interesse per le aziende private in quanto misura

la capacità di resa dei ricavi derivanti dalle prestazioni effettuate a fronte delle risorse impiegate. La contabilità economica adotta il metodo della partita semplice per rilevare l'aspetto economico e contemporaneamente l'aspetto patrimoniale

2. Come si caratterizza l'equilibrio di un'azienda sanitaria?

- A. L'equilibrio di un'azienda sanitaria è scomponibile in tre equilibri sottostanti fortemente interrelati: l'equilibrio finanziario, economico e patrimoniale. L'equilibrio finanziario monitora il flusso di entrate e uscite di denaro (e valori assimilati: crediti e debiti) movimentate dalle operazioni di gestione. L'equilibrio economico intende verificare la corrispondenza tra i ricavi e i costi d'esercizio al fine di perseguire il pareggio di bilancio e determinare il capitale di funzionamento dell'azienda. Infine, l'equilibrio patrimoniale guarda al lungo periodo e si occupa della perdurabilità dell'azienda (p.es. beni a lento ciclo di utilizzo, le rimanenze di magazzino, il patrimonio netto)
- B. Un'azienda sanitaria si può dire in equilibrio quando, dal punto di vista finanziario, i ricavi eguagliano i costi. Se i ricavi eguagliano i costi si ha un pareggio di bilancio e ciò comporta che tutte le risorse ricevute da Regione e Stato sono state impiegate correttamente per la gestione aziendale
- C. Un'azienda sanitaria è in equilibrio quando la gestione annuale consente di risparmiare risorse finanziarie da poter impiegare nell'esercizio futuro. Tale risparmio di risorse a livello di ogni singola azienda del sistema consente alle Regioni di poter raggiungere gli obiettivi di equilibrio di sistema. Infatti, le risorse risparmiate dalle aziende in equilibrio («virtuose»), possono essere utilizzate per far fronte alle maggiori coperture necessarie nelle aziende non in equilibrio

3. Quali sono le differenze tra Stato Patrimoniale e Conto Economico?

- A. La principale differenza tra Stato Patrimoniale e Conto Economico è rappresentata dalla natura dei conti inseriti: nello Stato Patrimoniale si trovano solo conti di natura patrimoniale e nel Conto Economico solo conti di natura economica. Da tale differenza deriva la determinazione di due grandezze fondamentali nella gestione aziendale: il saldo di tesoreria come risultato della differenza tra passività e attività (Stato Patrimoniale) e il risultato d'esercizio come differenza tra ricavi e costi (Conto Economico)
- B. Lo Stato Patrimoniale si differenzia dal Conto Economico in quanto considera i valori utili alle gestioni future. Il Conto Economico, invece, contiene valori finanziari, economici e patrimoniali che caratterizzano la gestione attuale e quindi il singolo periodo amministrativo. Lo Stato Patrimoniale è quindi redatto a seguito di attente stime sui valori prospettici, mentre il Conto Economico contiene solo valori accertati ex-post

C. Lo Stato Patrimoniale rappresenta la situazione del patrimonio di funzionamento riferito a un certo istante, mentre il Conto Economico esprime il processo di formazione e l'entità del reddito dell'esercizio in un periodo di tempo definito, solitamente l'anno solare. Lo Stato Patrimoniale, in sezioni contrapposte, riporta le passività e le attività. Il Conto Economico, in forma scalare, raccoglie i ricavi e i costi dell'esercizio organizzandoli per gestioni. Le voci solitamente più significative tra le attività di Stato Patrimoniale sono le immobilizzazioni materiali, i crediti e le disponibilità liquide; tra le passività i finanziamenti per investimenti, le quote inutilizzate di contributi e i debiti. Nel Conto Economico tra il valore della produzione, i contributi in c/ esercizio, i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie e i ticket. Tra i costi della produzione, l'acquisto di beni e servizi, il costo del personale e gli ammortamenti. Infine, i ricavi e i costi della gestione straordinaria sono rilevanti anche se non riferiti al core business delle aziende sanitarie

Riferimenti bibliografici

Anesi Pessina E. (2000), *La contabilità delle aziende pubbliche. Contabilità finanziaria e contabilità generale negli enti locali*, EGEA, Milano.

Anesi Pessina E., Zavattaro F. (1994), «Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel Servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, n. 3(10), pp. 8-11.

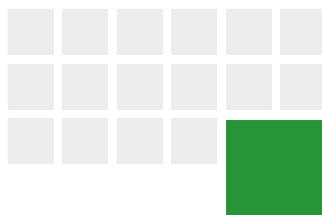
Cantù E. (2014), *Il bilancio delle aziende di servizi sanitari. Verso un nuovo modello contabile*, EGEA, Milano.

D'Alessio L. (1997), *La funzione del controllo interno negli enti locali. Riflessioni per un cambiamento direzionale*, Giappichelli, Torino.

Martinelli M. (2001), *La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 ore, Milano.

Mura A. (2005), *Il rendiconto finanziario nel bilancio delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.

Zangrandi A. (1993), «Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economica nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, n. 6, pp. 32-35.



19

Elementi di bilancio: gli strumenti gestionali di approfondimento

Paolo Giuseppe Cogliati

19.1 Premessa

La gestione di un'azienda deve sempre considerare primariamente la necessità dell'equilibrio dell'azienda stessa nei suoi tre aspetti fondamentali (finanziario, economico e patrimoniale), in quanto il protrarsi di uno squilibrio in una di queste aree porta necessariamente a uno squilibrio anche nelle altre e al conseguente dissesto.

Questo elemento va tenuto in considerazione insieme al fatto che la vita aziendale è caratterizzata, pur in una continuità costante, da diverse gestioni che si intrecciano e concorrono a formare il risultato d'esercizio:

- la gestione operativa;
 - insieme caratterizzanti;
 - la gestione finanziaria;
 - la gestione straordinaria;
 - la gestione fiscale.
- } la gestione ordinaria

Pur rispondendo a varie esigenze (civilistiche, fiscali, di governance, comunicative), la contabilità generale e la formazione del bilancio secondo gli aspetti sopra richiamati, non rispondono sicuramente a un'analisi e approfondimento della gestione che ha condotto ai risultati; per fare questo è necessario ricorrere a strumenti diversi:

- la contabilità analitica (CO.AN);
- la classificazione dei costi;

- il sistema di budgeting;
- l'analisi per indici e margini;
- l'analisi di break even;
- il reporting.

Si tratta di strumenti gestionali di approfondimento integrativi a quanto espresso dalla contabilità generale e non si discostano da essa: non esistono «numeri differenti», ma semplicemente gli stessi valori vengono rielaborati in modo differente per rispondere a differenti oggetti d'indagine: è la domanda che cambia, pertanto, la risposta nasce da una diversa analisi degli stessi dati.

19.2 La contabilità analitica

La contabilità analitica (o contabilità direzionale o contabilità dei costi), ha per obiettivo la determinazione dei costi (o dei ricavi) di particolari centri o oggetti (prodotti, centri di costo ecc.) ed è uno strumento d'informazione necessario per integrare i dati della contabilità generale; quest'ultima, infatti, fornisce le informazioni aventi le seguenti principali funzioni: il calcolo del reddito d'esercizio e il controllo dei movimenti monetari e finanziari della gestione.

Tali informazioni, anche se molto importanti, non sono sufficienti per guidare gli organi d'impresa nel processo decisionale direzionale e di controllo di gestione; in particolare, la determinazione del reddito d'esercizio ottenuta rettificando opportunamente i costi e ricavi di contabilità generale, costituisce un'informazione di utilità limitata in quanto: riguarda la gestione «globale» dell'impresa e si riferisce alla sola gestione passata ovvero è un dato a consuntivo, rilevato a posteriori, definitivo.

In merito a questo occorre ricordare che i costi e i ricavi di contabilità generale non vengono imputati a oggetti particolari come singoli prodotti, centri ecc. ma riferiti all'impresa nel suo complesso; la contabilità generale, pertanto, non prevede una visione analitica dell'andamento delle specifiche operazioni e di conoscerne quindi la redditività, individuando le attività redditizie da quelle antieconomiche.

La contabilità analitica, invece, mediante una serie di opportune rilevazioni, permette di imputare costi e ricavi a particolari oggetti (p. es. un singolo prodotto) di cui si vogliono conoscere i risultati economici.

In merito al tempo di riferimento dell'analisi (CO.GE: passato) si evidenzia una lacuna che caratterizza la totalità delle informazioni storiche sul piano dell'attitudine a orientare la direzione aziendale nel processo decisionale e di controllo della gestione; occorrono pertanto informazioni sullo svolgimento futuro della gestione, sia come obiettivi da raggiungere sia come preventivi fondati su stime; a tale riguardo un ruolo fondamentale è svolto dai budget, dall'analisi dei costi, dal sistema di reporting.

La contabilità generale e la contabilità analitica (conosciuta anche come contabilità industriale) sono importanti strumenti che si integrano vicendevolmente e le cui principali differenze sono:

- rispetto all'oggetto di rilevazione: mentre la contabilità generale rileva gli scambi di mercato come economie esterne, la contabilità industriale rileva l'effettiva utilizzazione delle risorse nei processi produttivi d'impresa, ovvero i fatti interni;
- rispetto al tipo di classificazione dei dati: mentre la contabilità generale li classifica secondo la loro origine o natura fisico economica (p. es. costi di materie prime, costi di mano d'opera ecc.) la contabilità industriale li riclassifica secondo la destinazione (p. es. per prodotti, centri ecc.);
- rispetto al momento delle rilevazioni: mentre la contabilità generale rileva i costi e i ricavi all'atto del loro accertamento (p. es. arrivo della fattura) la contabilità industriale rileva i dati all'atto dell'utilizzo dei fattori produttivi (p. es. consumo di materie prime);
- rispetto all'obbligatorietà delle rilevazioni: mentre la tenuta della contabilità generale è prescritta, in Italia, dalle leggi civili e da quelle fiscali, quella della contabilità industriale non è obbligatoria;
- rispetto agli strumenti di rilevazione dei dati: mentre la contabilità generale fa sempre uso del metodo della partita doppia, la contabilità industriale può essere svolta contabilmente e/o extra contabilmente.

Le modalità di rilevazione della contabilità analitica possono avvenire nei modi seguenti:

- metodo unico contabile. La contabilità industriale funziona in «partita doppia» ed è inserita nella contabilità generale, la quale pertanto non si limita a rilevare gli scambi di mercato con economie «terze»;
- metodo duplice contabile. La contabilità industriale funziona in «partita doppia» ma separatamente dalla contabilità generale, pur essendo a questa collegata;
- metodo duplice misto. La contabilità industriale non fa uso della «partita doppia», ma di strumenti extracontabili vari, come tabelle, prospetti ecc. inoltre funziona separatamente dalla contabilità generale.

È opportuno ricordare gli scopi di questo importante strumento: alla contabilità analitica viene assegnato il compito di «destinare» i dati economici rilevati in contabilità generale; i costi, ed eventualmente i ricavi rilevati in contabilità generale vengono imputati a particolari oggetti, cioè ai centri e ai prodotti.

La conoscenza dei costi così riclassificati è a sua volta indispensabile per raggiungere una serie di scopi che si possono sintetizzare nel modo seguente:

- orientare talune decisioni aziendali in base ai calcoli di convenienza economica;
- permettere il controllo economico della gestione;
- valutare le rimanenze e altri elementi del patrimonio nel modo più consono allo scopo.

Nell'ambito dei processi decisionali che devono essere affrontati da un board, particolare attenzione è rivolta a più scopi specifici:

- determinare la redditività dei vari prodotti e prendere le decisioni che ne conseguono;
- decisioni riguardanti gli investimenti aziendali;
- decisioni di mantenere o sopprimere un reparto o una linea produttiva;
- orientare la formazione dei prezzi di vendita;
- scelta tra produrre internamente o acquistare sul mercato (make or buy);
- determinazione del lotto economico da acquistare e/o produrre;
- ecc.

Un fondamentale impiego della contabilità analitica è il controllo gestionale, intesa come verifica sistematica del grado di raggiungimento degli obiettivi economici fissati in sede di programmazione.

Tra le metodiche attuabili, un metodo completo e di facile applicazione è il controllo effettuato mediante il sistema dei «costi standard» ossia mediante il confronto tra i costi effettivamente sostenuti (consuntivi) e i costi che si sarebbero dovuti sostenere per raggiungere tali livelli di efficienza soddisfacenti; in definitiva il suddetto procedimento si inserisce nella logica della gestione programmata o budget.

Il controllo dei costi e dei ricavi avviene mediante la tecnica dell'«analisi degli scostamenti» che si articola nelle fasi seguenti:

- calcolo delle differenze tra costi standard e costi effettivi di ciascun fattore produttivo considerato, riferiti ai rispettivi centri di responsabilità;
- scomposizione di tali differenze in scostamenti elementari di quantità, di prezzo ecc;
- ricerca delle cause di tali scostamenti elementari;
- decisione dei provvedimenti correttivi da applicare.

La valutazione delle rimanenze di magazzino e di altri elementi del patrimonio (p. es. macchinari costruiti in economia) è un ulteriore scopo della contabilità industriale, allorché la valutazione di dette voci non sia facilmente determinabile. Si tratta in particolare della valutazione dei prodotti in corso di lavorazione e dei prodotti finiti secondo criteri alter-

nativi rispetto a quelli civilistici e fiscali per le diverse finalità a cui si rivolgono; detti criteri si basano necessariamente sulla conoscenza precisa dei costi sostenuti e dei costi standard.

19.3 Tipologie di contabilità analitica

Le aziende che utilizzano la contabilità industriale possono soddisfare esigenze differenti in base al tipo di rilevazione impiegato; tra i vari possibili, un manager deve conoscere quantomeno i più elementari e di facile applicazione che, nella pratica, si riducono ai seguenti:

- contabilità industriale a costi consuntivi: a costi pieni (full costing) e a costi variabili (direct costing);
- contabilità industriale a costi standard.

Ciascuna di queste tipologie di contabilità può nella sua applicazione pratica far uso o meno del metodo della partita doppia.

Per quanto riguarda la contabilità a costi consuntivi, rileva solo costi o ricavi effettivamente sostenuti e può pervenire alla determinazione dei costi complessivi di prodotto (full costing) oppure dei soli costi variabili, rinunciando all'imputazione ai prodotti dei costi fissi (direct costing).

Mentre nel caso del full costing si può determinare il «risultato economico netto» di un prodotto, nel caso del direct costing si perviene al «margine lordo di contribuzione».

La contabilità a costi standard, che potrebbe a sua volta svolgersi secondo i criteri del full o del direct costing, è caratterizzata dalla rilevazione sia di dati consuntivi che di dati standard pre-calcolati, pertanto essa non si limita a imputare ai vari oggetti (centri e prodotti) i soli costi e ricavi effettivi, ma opera anche nei confronti, mediante i quali è agevole controllare la gestione: il suo scopo principale è di conseguenza quello di controllare l'efficienza dei vari organi facenti parte della struttura aziendale (centri di responsabilità). Oltre a ciò, fornisce anche dei dati pre-calcolati impiegabili nelle decisioni di prezzo, nelle altre scelte di gestione, nella valorizzazione del magazzino ecc.

Allorché in azienda ricorrono i presupposti organizzativi e tecnico-produttivi necessari all'adozione dei costi standard, il tipo di contabilità in esame pare il più idoneo a fornire la massa di informazioni di cui necessita la direzione aziendale nel processo di programmazione e di controllo della gestione.

Nella tecnica del direct costing si introduce la voce margine contributivo ossia la differenza tra i ricavi di ogni singolo prodotto e i rispettivi costi diretti.

Il vantaggio della tecnica direct costing è nel permettere di valutare la convenienza della produzione del singolo prodotto, e quindi l'importanza che ciascuno di essi riveste ai fini della copertura dei costi fissi e ai fini della redditività aziendale.

Due importanti indici necessari a effettuare analisi decisionali:

- margine di contribuzione primo livello: prezzo di vendita – costi variabili;
- margine di contribuzione secondo livello: MdC1 – costi fissi produzione.

Nel full costing si determina il costo totale di ogni prodotto, procedendo alla ripartizione dei costi indiretti, in base a parametri precedentemente stabiliti (ribaltamento). Il vantaggio di tale approccio è quello di poter attribuire un utile a ogni singolo prodotto. Lo svantaggio è che ciò passa attraverso una ripartizione dei costi indiretti che non ha oggettivazione reale: anche se cesso la produzione di un prodotto, i costi indiretti restano per intero e non solo quelli attribuiti agli altri prodotti.

Negli anni si è diffusa un'altra tecnica, più evoluta, di contabilità industriale: l'ABC (activity based costing), basata sul principio dell'attribuzione dei costi indiretti alle singole attività attraverso dei driver, che tengano conto degli effettivi costi.

19.4 Classificazione di costo

Dati gli scopi operativi assegnati alla contabilità industriale, è opportuno procedere ad alcune classificazioni dei costi, utili nei processi decisionali e di controllo della gestione. Le principali distinzioni sono:

- costi diretti/indiretti;
- costi variabili/fissi.

Costi diretti e indiretti

La prima di tali distinzioni si basa sulla possibilità o meno di misurare oggettivamente il consumo di un fattore produttivo impiegato per un certo centro o prodotto.

Si dividono in tal modo i costi diretti da quelli indiretti:

- i costi diretti vengono attribuiti ai centri o ai prodotti mediante misurazione oggettiva del fattore impiegato utilizzando la formula: quantità del fattore x prezzo unitario;
- i costi indiretti vengono attribuiti ai centri o ai prodotti mediante una ripartizione sempre soggettiva, secondo la formula: costo da ripartire x coefficiente di ripartizione.

I criteri di ripartizione dei costi indiretti possono essere su base unica o su base multipla. Su base unica significa che il totale dei costi indiretti viene ripartito in proporzione a una sola quantità nota. Su base multipla significa che il totale dei costi indiretti viene diviso in parti omogenee, per ciascuna delle quali si applica un certo criterio di ripartizione. Per esempio usare la manodopera diretta espressa in ore (per la ripartizione della manodopera indiretta) e le ore macchina (per la ripartizione degli ammortamenti).

Sulla distinzione tra costi diretti e indiretti è opportuno fare le seguenti osservazioni:

- nella pratica, per costi diretti si intendono le materie prime e la manodopera diretta e pochi altri costi individuabili di volta in volta;
- la distinzione in esame non ha valore assoluto, ma dipende dall'oggetto a cui si riferiscono i costi (p. es. l'ammortamento di un macchinario è diretto rispetto al centro di appartenenza, ma indiretto rispetto alla pluralità dei prodotti ivi lavorati);
- taluni costi a volte vengono trattati come indiretti (cioè vengono ripartiti) anche se è possibile la loro misurazione oggettiva, che tuttavia risulterebbe nella pratica troppo laboriosa, difficile o dispendiosa (p. es. la forza motrice).

Costi variabili e fissi

Una seconda distinzione, assai importante in capo alle decisioni aziendali, è quella tra costi variabili e costi fissi. Tale classificazione si basa sul tipo di comportamento dei costi, cioè sul loro grado di variabilità in base alla quantità prodotta. Si definiscono variabili quei costi la cui entità varia in proporzione alle variazioni del volume produttivo (p. es. materie prime); si definiscono fissi quei costi che derivano dalla predisposizione di una certa «struttura» e capacità produttiva aziendale e non dagli effettivi volumi di produzione (p. es. gli ammortamenti, gli stipendi amministrativi ecc.).

A tale scopo, è facile intuire che i costi variabili restano fissi rispetto all'unità di prodotto, mentre i costi fissi sono variabili rispetto alle unità prodotte.

Nella realtà operativa delle imprese non di rado i costi hanno un andamento che è definito *semivariabile* in quanto presentano una componente fissa, sostenuta anche in assenza di produzione, e una componente variabile proporzionale, o quasi, alla quantità prodotta (p. es. l'energia elettrica per forza motrice il cui costo prevede un canone fisso e una quota variabile dipendente dal consumo di kilowatt).

Similmente vengono definiti semifissi quei costi che aumentano «a scaglioni» restando fissi all'interno di intervalli predefiniti di quantità prodotte.

19.5 Il sistema di budgeting

Con l'espressione «gestione del budget» si indicano le operazioni di monitoraggio delle risorse e delle attività preventivate nel budget aziendale. Il budget aziendale è uno strumento di programmazione (processo decisionale che investe le scelte di medio e breve periodo, si traduce, sostanzialmente, nella gestione del programma d'esercizio e nel budget) che definisce i tempi e le risorse che verranno impiegate per lo sviluppo delle attività aziendali come stabilito nel piano strategico aziendale. I budget fanno riferimento a un arco temporale preciso, di solito annuale, ma talvolta anche di periodo differente.

Le finalità applicative del budget possono essere identificate in quattro momenti:

- programmazione: processo formale con il quale si quantificano i programmi di azione;
- indicazione e stimolo nella guida dei comportamenti: fornisce una mappa che indica quali obiettivi raggiungere mentre la gestione del budget tenta di indurre dei comportamenti «virtuosi»;
- controllo: fornisce i parametri rispetto i quali confrontare i risultati effettivamente ottenuti;
- valutazione: permette di valutare il comportamento dei soggetti coinvolti e fornisce una base di riferimento per i sistemi di gestione del personale (incentivi, carriera ecc.).

La gestione del budget per il raggiungimento degli obiettivi permette di confrontare periodicamente i risultati intermedi raggiunti con gli obiettivi finali effettivi e mettere in moto un'eventuale azione di correzione delle attività preventivate; per una corretta gestione del budget è inoltre necessario che vengano definiti a priori i cosiddetti «centri di responsabilità» per il controllo di gestione. Il budget diventa spesso un ottimo strumento di responsabilizzazione e di motivazione.

Il budget economico non è tuttavia esaustivo per una corretta gestione aziendale, esso deve essere correlato e completato dall'elaborazione di un budget finanziario. Con il budget economico viene operata una previsione dei costi e dei ricavi dell'«anno che verrà», attribuendoli in base alla competenza economica, per questo motivo i documenti che consentono di analizzare a consuntivo gli scostamenti rispetto al budget sono le rilevazioni contabili del Conto Economico, che seguono appunto il principio detto della «competenza». Quando dalla competenza si passa alla «cassa», allora costi e ricavi sono visti nel momento dell'effettivo esborso/incasso e ci si riferirà a essi come «entrate» e «uscite». Se poi ci si concentra a pensare cosa accadrà a queste categorie nell'anno seguente, ci stiamo proiettando, volenti o nolenti, nel mondo delle previsioni finanziarie.

Le previsioni dei flussi (altro termine che introduce al budget finanziario) sono tanto importanti da essere spesso l'unica effettiva preoccupazione di un board, in quanto l'andamento previsto dei flussi di entrata e di uscita consente di conoscere in anticipo, anche se solo a grandi linee, l'eventuale fabbisogno di liquidità e in questo modo si può provvedere per tempo alla ricerca di fonti di finanziamento idonee.

In virtù di tale importanza, il budget finanziario deve necessariamente essere dettagliato, riportare integralmente tutte le voci di uscita e avere una suddivisione almeno mensile: per ciascun mese andranno riportate tutte le uscite e le entrate che è ragionevole prevedere. Per operare una tale previsione, il budget approvato è un documento fondamentale, soprattutto per tipologie di spesa che hanno una cadenza fissa che si esaurisce nell'anno (p. es: personale, affitti, leasing, utenze). Il totale del flusso non dovrà eccedere il totale inserito nel budget e le scadenze di pagamento sono facilmente reperibili; fanno ovviamente eccezione

pagamenti che, di competenza dell'anno precedente, vengono pagati in «ritardo» dando origine a un flusso nell'anno successivo.

Circa i pagamenti ai fornitori e gli incassi, lo sfasamento temporale fra competenza e cassa dipenderà dalle rispettive condizioni di pagamento: a fine anno il consuntivo dei flussi potrebbe discostarsi dal budget poiché alcuni costi/ricavi di competenza dell'anno si trasformeranno in flussi nell'anno successivo (questa circostanza peraltro è bilanciata da incassi/pagamenti dei primi mesi dell'anno, riferiti a costi/ricavi dell'anno precedente).

Nell'operare la stima delle entrate mensili, è opportuno riproporre l'eventuale fenomeno della stagionalità. Per giungere a una previsione mediamente attendibile si potrà fare riferimento alla stagionalità rilevata nell'anno precedente. Per essere completa, la previsione dovrà contenere gli esborsi monetari che conseguono agli investimenti che l'azienda ha in essere o intraprenderà nell'anno. Anch'essi dovranno essere riportati in modo preciso nei mesi di scadenza.

Il saldo previsto fra entrate e uscite fornisce in prima approssimazione il cash-flow mensile e cumulato di tutto l'anno futuro e quindi evidenzia l'eventuale eccesso/fabbisogno di liquidità. In base all'ammontare di fabbisogno finanziario previsto, sarà possibile operare una stima del costo del finanziamento e valutare se esso è equilibrato rispetto al volume dell'attività.

La previsione, soprattutto quando estesa a tutto l'arco dell'anno, ha solo un valore indicativo: maggiore interesse ricopre l'analisi dei flussi a consuntivo. L'attività non è agevole, ma le registrazioni di cassa, unite ai movimenti bancari, sono fonti adeguate per compilare prospetti mensili di consuntivo che, voce per voce, verranno confrontati con le previsioni. Dal confronto si evidenziano gli effetti finanziari delle proprie strategie, confermarle o cambiarle, oppure modificare, alla luce dei fatti, le previsioni iniziali, in modo da stimare in modo più puntuale il fabbisogno finanziario.

In sintesi, il sistema di budget si compone quindi di una serie di documenti e si realizza attraverso un processo formale dinamico, composto da diverse fasi, finalizzate al governo della gestione complessiva aziendale.

19.6 Analisi per indici

L'obiettivo dell'analisi di bilancio è ottenere informazioni aggiuntive ai fini del processo decisionale da parte della direzione; tale analisi aiuta anzitutto a comprendere lo «stato di salute» di un'impresa, e quindi a fare previsioni oculate sul futuro.

L'analisi di bilancio aziendale può essere di tipo statico, si basa cioè sullo studio di margini e indici. Questo tipo di analisi permette, dopo un'accurata riclassifica di bilancio, di mettere in relazione differenti quantità di Stato Patrimoniale e Conto Economico. Mentre nell'analisi per margini le quantità sono poste in relazione per differenza, nell'analisi per indici le quantità sono poste in relazione per rapporto. Oppure può essere di tipo dinamico, anche detta analisi per flussi. Questo tipo di analisi permette di apprezzare la dinamicità del com-

plesso aziendale attraverso il confronto fra saldi patrimoniali e finanziari di due differenti periodi, la rettifica e la riclassifica dei flussi derivanti dalle differenze dei saldi e l'indagine delle cause di detti flussi.

Rimandando ad altra sede l'approfondimento dell'analisi di tipo dinamico, procediamo di seguito con quello dell'analisi del tipo statico.

L'analisi per indici del bilancio d'esercizio consiste nel calcolare, partendo dai dati stessi dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico – opportunamente revisionati e riclassificati – una serie di quozienti (detti indici) che mettono a confronto gruppi di valori anche di diversa natura. A seconda dell'obiettivo che ci si pone dall'esame di questi indici si possono ottenere indicazioni importantissime sotto molteplici aspetti che analizzano sia lo «status» aziendale sia la gestione effettuata nell'esercizio di riferimento.

In questa ottica gli indici possono essere suddivisi a seconda del tipo di analisi che si vuole effettuare:

- analisi della redditività;
- analisi della produttività;
- analisi patrimoniale;
- analisi finanziaria.

I risultati così ottenuti, affinché l'analisi sia significativa, devono essere interpretati in modo univoco, è questa la ragione per cui si utilizza il sistema degli indici (siano essi puri, quozienti il cui risultato è compreso nei limiti di 0 e 1, o percentuali); detti indici sono poi disponibili per essere confrontati in modo ampissimo a seconda della risposta che si ricerca nel loro utilizzo. Possono essere effettuati confronti nel tempo (la stessa impresa in esercizi differenti) o confronti nello spazio (con altre realtà poste in Paesi diversi) o confronti di mercato (con i concorrenti o con le medie di settore), l'importante è che nel procedere con l'analisi per indici si abbia ben chiaro quali informazioni si vogliono e che successivamente al loro calcolo, l'eventuale confronto sia fatto tra indici omogenei.

È importante sottolineare che l'analisi per indici è riferita a un bilancio d'esercizio; pertanto, vanno tenuti presenti i limiti conseguenti da tale provenienza. A questo proposito è doveroso rimarcare che:

- un indice non sottende intrinsecamente un giudizio qualitativo: non è buono o discreto o negativo di per sé, ma assume una connotazione di questo genere solo con un confronto o con l'inserimento in un contesto più ampio;
- gli indici che si ottengono dall'elaborazione di un bilancio evidenziano caratteristiche proprie di quel bilancio, sono quindi analisi ex post in quanto effettuate su valori a posteriori; in questa ottica l'analisi è sicuramente precisa, mentre tale precisione diventa

più labile laddove si cerca di trasporre in chiave futura l'andamento passato. È pur vero che l'utilizzo degli indici in chiave prospettica incontra sempre più sostenitori, ma è altrettanto vero che se utilizzata come analisi di tipo prospettico anche l'analisi per indici può fornire solo una chiave di lettura di «probabili» andamenti futuri, che non necessariamente si verificheranno.

L'analisi della redditività ha lo scopo di evidenziare l'origine e il peso relativo di ogni elemento nella stratificazione del reddito prodotto dall'impresa. Solitamente per effettuare questa analisi si parte dalla costruzione di un Conto Economico sintetico riclassificato con una colonna a valori assoluti e una a valori percentuali. Deve essere determinato il valore di riferimento, che si porrà uguale a cento nella colonna percentuale, che sia significativo in base allo scopo che si prefigge l'analisi in costruzione: non esiste un valore tipo sempre valido, dipende dall'esplorazione che si vuole compiere (solitamente per valutare la redditività ottenuta dalla gestione si utilizzano come valore di riferimento i ricavi netti di vendita, il valore della produzione, il valore aggiunto ecc.).

Tra le varie decine di indici presenti in letteratura, si segnalano:

$$ROI = \frac{RO}{CI} \frac{\text{Reddito Operativo}}{\text{Capitale Investito}}$$

$$ROE = \frac{RN}{CN} \frac{\text{Reddito Netto}}{\text{Capitale Netto}}$$

$$ROS = \frac{RO}{RV} \frac{\text{Reddito Operativo}}{\text{Ricavi di Vendita}}$$

$$ROD = \frac{IP}{FP} \frac{\text{Interessi Passivi}}{\text{Finanziamenti Passivi}}$$

$$ROA = \frac{RN}{CI} \frac{\text{Reddito Netto}}{\text{Capitale Investito}}$$

Relativamente a questi indici è possibile sostenere e dimostrare che:

- ROI influenza ROE in modo direttamente proporzionale;
- se $ROI > ROD$ conviene indebitarsi;
- se $ROI > ROD$ crescendo l'indebitamento cresce il ROE.

Bisogna anche chiedersi, per dimostrare il legame stretto intercorrente tra le due funzioni, se «economico» *versus* «finanziario» potrebbe illustrare quale dei due contamina l'altro portando al fallimento di un'impresa, perché è assolutamente certo che se non debitamente controllate e governate crisi finanziarie diventano prima economiche, poi patrimoniali, conducendo al dissesto.

L'analisi patrimoniale analizza le relazioni esistenti tra fonti e impieghi in relazione alla provenienza (capitale proprio/capitale di terzi) al fine di verificare la solidità dell'impresa an-

che di fronte a scenari mutevoli e il relativo grado di rischio. È importante comprendere come sia importante non concentrarsi solo sugli aspetti economici, in quanto l'analisi dello Stato Patrimoniale permette di evidenziare alcune grandezze importanti ai fini della valutazione della liquidità, della solidità e della crescita dell'impresa.

L'analisi finanziaria verifica la solvibilità dell'azienda e la sua capacità di far fronte ai futuri impegni nel breve e nel medio-lungo periodo.

Differenziazione fondamentale nella rielaborazione dello Stato Patrimoniale è quella che distingue tra *fonti* e *impieghi*.



Figura 19.1 – Attivo fisso/patrimonio netto.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Quella rappresentata è una suddivisione «ideale» dei rapporti tra le varie voci di Stato Patrimoniale, anche se il giudizio è sempre da analizzare nella realtà oggetto di studio.

In questo senso è necessario conoscere i seguenti indicatori:

- $CCN = (\text{rimanenze} + \text{crediti breve} + \text{liquidità})$;
- margine di struttura 1 = patrimonio netto – attivo fisso;
- margine di struttura 2 = (patrimonio netto + debiti medio/lungo) – attivo fisso;
- margine di tesoreria = (liquidità + crediti breve) – debiti breve.

Utile, in quest'ottica, ricordare le *leggi generali dell'economicità*:

- *differenziale di rendimento*: se il rendimento dell'investimento produttivo (ROI) supera la remunerazione dei finanziamenti ottenibili (ROD), cioè se l'impresa è in grado di produrre un differenziale positivo di rendimento, risulta conveniente finanziare il capitale investito con risorse monetarie attinte attraverso prestiti;

- *leva finanziaria*: se si manifesta un differenziale positivo di rendimento ($ROI - ROD > 0$), quanto più aumenta la quota di capitale investito finanziata da capitale a titolo di prestito (FP), tanto più aumenta il rendimento del capitale di rischio (CN);
- *limite minimo del ROI*: perché la remunerazione del capitale di rischio sia pari a quella del capitale di prestito, è necessario che: $ROE = ROD = ROI$;
- *limite massimo dell'indebitamento*: l'ammontare massimo dei finanziamenti passivi onerosi con cui l'impresa può attingere prima che RN diventi negativo, essendo $ROI < ROD$, è pari a: $FP \leq CI$;
- *tassi marginali*: supponendo che in un'impresa il soggetto operativo possa attuare una pluralità di investimento e possa attingere a una pluralità di finanziamenti, si realizza la massima trasformazione economica finanziaria se, a parità di condizioni: si innalza il tasso marginale di rendimento sostituendo un dato investimento con altro caratterizzato da un ROI più elevato oppure si abbassa il costo marginale del finanziamento, sostituendo un dato finanziamento con altro se caratterizzato da un ROD meno elevato;
- *leva operativa* = $\frac{MC}{RO} \frac{\text{Margine di contribuzione}}{\text{Reddito Operativo}}$ è importante in particolare nelle previsioni di fluttuazioni del mercato in aumento o diminuzione, ai fini del mantenimento di un reddito positivo;
- *scomposizione del ROE*: $ROE = (ROA + (ROA - ROD) \times \frac{FP}{CN}) \times 1 - t$ in cui si distingue separatamente l'apporto della gestione caratteristica, di quella straordinaria e della gestione fiscale. Ci sono varie modalità di rappresentare la scomposizione del ROE, è qui rappresentata la versione più semplice, denominata formula additiva.

La gestione caratteristica dell'azienda evidenzia la capacità della stessa di generare reddito nel suo core business, ovvero la capacità di fare bene la propria funzione; la gestione finanziaria evidenzia il risultato dovuto alle scelte di natura finanziaria e alla capacità di gestirne in modo equilibrato i flussi; la gestione straordinaria mette in risalto il contributo dato da elementi esogeni, esterni alla gestione caratteristica, di carattere straordinario, non necessariamente (anzi generalmente mai) ripetibili in modo periodico negli esercizi futuri: infine la gestione fiscale evidenzia il risultato determinato dalla gestione dei processi tributari e dalla capacità dell'impresa di ridurre il carico fiscale.

19.7 Break even analysis

La break even analysis rappresenta un utile modello a supporto delle decisioni aziendali, in particolare per la misurazione e «valutazione della potenzialità economico-strutturale dell'impresa». Il modello è rivolto a evidenziare la capacità reddituale di un'impresa, analizzando le relazioni intercorrenti tra costi, volumi e profitti: il break even point è il punto in cui il profitto e i costi di un'attività convergono in un punto di equilibrio.

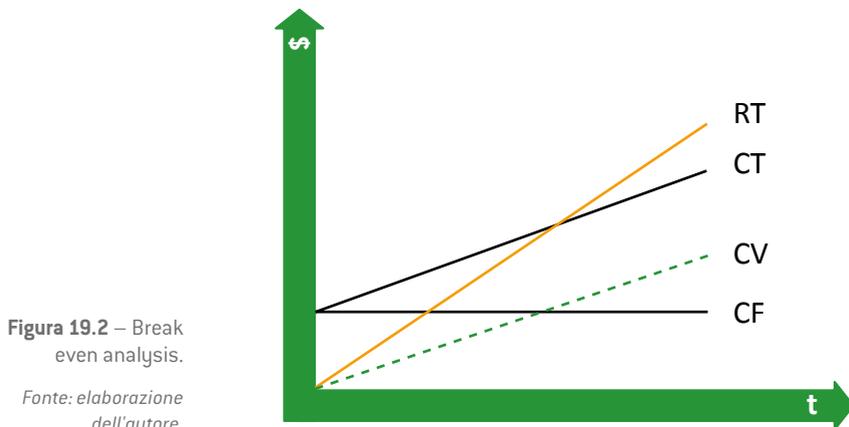
Conoscere questo punto di pareggio, quindi, permette di capire quanto si deve produrre e vendere per coprire e pareggiare i relativi costi di produzione: è un indicatore rilevante del successo di un'impresa, sia nella fase di start up che nella gestione continuativa; quando si supera il punto di pareggio si genera un profitto.

Per scoprire l'efficienza di un prodotto, un'azienda conduce l'analisi del punto di pareggio: analizza quanti prodotti devono essere prodotti e venduti per coprire tutti i costi; inoltre, le vendite devono essere analizzate per mix di prodotto necessario per generare un profitto nel più breve termine.

Potremmo definire il break even point un indicatore importante per ogni direzione alla guida di un'azienda, come strumento di controllo della produzione in quanto stabilisce il numero minimo di prodotti che si devono produrre per coprire i costi e raggiungere quindi il punto di pareggio, inoltre permette di monitorare costantemente sia gli utili che i costi durante l'intero ciclo di produzione ponendo in essere eventuali azioni correttive.

Il break even point aiuta nel calcolo ottimale del prezzo di vendita della singola unità di prodotto al fine di garantire all'azienda di realizzare il giusto margine di profitto in funzione della domanda del mercato e massimizzandone la marginalità.

Ma il break even point è indispensabile anche come strumento di previsione dei rischi legati all'azienda in quanto evidenzia il volume di vendita per raggiungere il punto di pareggio rischiando altrimenti di essere schiacciati dai costi. Diventa quindi fondamentale per redigere il business plan aziendale analizzare i costi fissi di struttura e sommarvi i costi variabili in funzione del raggiungimento del punto di equilibrio:



Vantaggi della break even analysis:

- valutare la copertura dei costi fissi per prodotto o linea di prodotti;
- regolare la politica dei prodotti/prezzi;

- suggerire razionalizzazioni organizzative per prodotti o linee di prodotti;
- emettere giudizi rapidi sulla validità di uno o più prodotti in termini di rapporto azienda/mercato;
- valutare in tempi brevi nuove iniziative;
- valutare a che punto dell'anno si raggiunge la copertura dei costi totali per prodotto o linee di prodotti;
- valutare in tempi brevi eventuali modifiche di costi fissi, prezzi, costi variabili.

Limiti:

- è riferita al breve periodo;
- è statica: si ipotizza l'invarianza di costi variabili unitari e prezzi;
- non viene considerato il magazzino: si ipotizza che $RI=RF$ o che tutta la produzione sia veduta;
- il volume di produzione è considerato l'unico driver dei costi rilevante;
- si basa su una distinzione non sempre attuabile dei costi in fissi e variabili;
- si utilizzano semirette, reazioni lineari tra le varie quantità economiche: ciò non si verifica nella realtà, ma per eseguire analisi in tempi brevi e in ambiti ben precisi di variabilità [area di significatività] porta a errori trascurabili.

19.8 Reporting

Il reporting direzionale è uno degli strumenti chiave necessari al management per governare l'azienda e rappresenta il momento di sintesi delle rilevazioni contabili che permettono una corretta gestione. Il reporting ha come obiettivo il monitoraggio delle variabili chiave e delle informazioni strategicamente importanti per la gestione del business. Un sistema organizzato di reporting può facilitare la comunicazione sia all'esterno (p. es. rapporti con il sistema bancario) che all'interno dell'azienda, come strumento per una migliore diffusione delle informazioni e per il coordinamento delle diverse funzioni aziendali. Le caratteristiche principali del sistema di reporting possono essere così sintetizzate:

- tempestività;
- sintesi;
- rilevanza delle informazioni;
- forma libera;

- modalità di aggregazione;
- obiettivi comuni.

Un sistema di reporting deve essere disegnato su misura rispetto all'azienda di riferimento, collocata in uno specifico ambiente competitivo, economico e sociale, così da fornire la consapevolezza della traiettoria che si sta seguendo per far suonare gli eventuali campanelli di allarme, qualora ci si muova verso una direzione sbagliata. In generale, perciò, non è possibile definire un unico schema di reporting che vada bene per tutte le realtà aziendali.

Per la progettazione dei sistemi di reporting due sono le variabili rilevanti:

- il livello di delega che caratterizza l'impresa: all'aumentare della stessa, cresce il numero degli interlocutori che fruiscono del sistema di reporting. La necessità di ricorrere a meccanismi di delega si avverte in azienda all'aumentare del numero di problemi da gestire e delle persone coinvolte nella risoluzione dei problemi;
- la complessità organizzativa, che definisce il grado di dettaglio che il sistema di reporting deve saper cogliere.

Un corretto sistema di reporting deve consentire alla direzione di avere sotto controllo tutte le aree strategiche dell'azienda ed eventualmente intervenire con azioni correttive mirate.

In sintesi

La contabilità generale, obbligatoria per dettato normativo, non esaurisce le necessità informative dei vertici aziendali per prendere decisioni, in particolare quando le stesse sono di tipo predittivo. Per questo è necessario effettuare un controllo gestionale attraverso strumenti diversi, più mirati su singoli oggetti di calcolo. Per queste analisi gli strumenti opportuni sono identificabili nella contabilità analitica e nelle procedure di analisi di bilancio.

L'analisi di bilancio attraverso indici e margini (ne esistono a decine ma, soprattutto, sono versatili a tal punto da essere definiti in base al bisogno informativo) aiutano a riclassificare i prospetti di bilancio (Stato Patrimoniale e Conto Economico) in una modalità più consona a un'analisi di dettaglio.

Ovviamente, cambiando l'angolo di osservazione, cambia tutto ciò che si osserva, pertanto avremo una classificazione che, anche dal punto di vista letterale, cambia: una riclassificazione delle voci di Stato Patrimoniale per fonti e impieghi, e una riclassificazione delle voci di Conto Economico per destinazione anziché per natura. In seguito alla procedura di riclassificazione dei prospetti, sono disponibili entità aggregate in modo tale da poter sviluppare, sulle stesse, indici e margini che consentono un confronto verso l'esterno (benchmark con altre imprese di settore) e verso l'azienda stessa (nel tempo).

La modalità di formazione dei dati è conseguenza dell'informazione ricercata, a tale pro-

posito abbiamo differenti modalità di classificazione di costo (costi diretti/indiretti, costi pieni, costi variabili/fissi ecc.).

Il controllo gestionale da parte dei vertici aziendali si compone non solo di tecniche contabili, ma anche di procedure metodiche e costanti che permettono di avere informazioni puntuali e aggiornate: a tale riguardo le procedure di budgeting e di reporting vengono sviluppate con modalità personalizzate anche se basate su criteri standard riconosciuti a livello globale.

L'analisi per indici e per margini viene normalmente finalizzata a sondare e sviluppare informazioni su aree precise quali la redditività, la solidità patrimoniale, la solidità finanziaria, la produttività. Il riconoscimento che la stessa si basa su criteri oggettivi ha permesso di definire alcune leggi fondamentali dell'economicità valide in ogni contesto. L'analisi per indici, con lo sviluppo e la scomposizione degli indici più importanti, permette anche di effettuare analisi predittive e di valutare l'incidenza dei diversi tipi di gestione (caratteristica, straordinaria, finanziaria, fiscale).

La break even analysis favorisce lo studio e l'evoluzione dei costi (fissi e variabili) e dei ricavi al fine di trovare il punto di pareggio (break even point) ovvero il momento in cui costi e ricavi si equivalgono e la gestione è in pareggio, rendendo quindi disponibili informazioni di quantità, di valore, di tempo necessarie per raggiungere tale obiettivo; la stessa permette inoltre analisi più sofisticate sulle aree d'inferenza (perdita e utile), sulle ipotesi di variazione del prezzo (e modifica dell'inclinazione della retta relativa) ecc.

In sintesi, nel bilancio opportunamente rielaborato e mediante tecniche ben definite, è possibile approfondire l'analisi e lo studio di un'impresa anche senza conoscerla, sicuramente per quanto riguarda il passato/presente, ma anche sviluppare ipotesi di sviluppo futuro anche in presenza di vincoli diversi.

Ripasso

1. *Quali equilibri fondamentali devono essere sempre rispettati nel medio-lungo termine in un'impresa?*

- A. L'equilibrio economico, l'equilibrio patrimoniale e l'equilibrio monetario, tutti in modo completo, nel breve, nel medio e nel lungo periodo
- B. Equilibrio finanziario, equilibrio economico ed equilibrio patrimoniale che, nel medio-lungo termine, devono necessariamente verificarsi tutti in modo completo
- C. L'equilibrio di costi, ricavi e rimanenze, anche in modo non completo nel breve periodo ma necessariamente in modo completo nel medio e nel lungo periodo

2. *Spiegare l'importanza della leva operativa:*

- A. La leva operativa serve per razionalizzare la logistica dell'impresa al fine di ottimizzare l'uso degli spazi

- B. La leva operativa ottimizza la collocazione del personale nelle diverse linee di produzione aziendali al fine di ottimizzare la forza lavoro
- C. La leva operativa amplifica gli effetti sul reddito di una variazione di mercato, sia in aumento che in diminuzione, in modo più che proporzionale rispetto all'incidenza dei costi fissi sul totale dei costi

3. Qual è lo scopo della break even analysis?

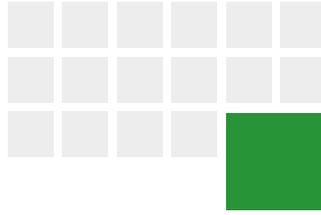
- A. La funzione della break even analysis è aiutare a fare analisi predittive (in particolare su: punto di pareggio costi/ricavi; quantità produttive minime per il raggiungimento del break even point; tempo ipotetico necessario per raggiungere il BEP; confronti tra varie possibilità di linee produttive ecc.) in modo semplice, immediato e con la necessità di pochi dati
- B. La break even analysis è la funzione che consente di definire i costi mediante la tecnica del full costing
- C. Considerando i costi fissi e i costi variabili la break even analysis è la metodologia che consente di trovare il fatturato medio di un'impresa in un determinato periodo

Riferimenti bibliografici

Cogliati P.G. (2010), «Dalla progettazione all'attuazione di un sistema di monitoraggio nei processi in sanità», in Previtali P. (a cura di) (2017), *La sfida del management sanitario: organizzazione e innovazione del sistema di welfare*, Pavia University Press, Pavia.

Cogliati P.G. (2018), «Implementare sistemi sostenibili: la sfida manageriale», in Cogliati P. (a cura di), *Sistemi socio-sanitari regionali a confronto*, Monza.

Niam A. (1993), *Il Dirigente: tecniche di decisione e gestione*, Il sole 24 ore, Milano.



20

Il controllo di gestione tra mito e realtà

Giacomo Boscagli

20.1 Il controllo di gestione delle aziende sanitarie

Il controllo di gestione, in particolare in sanità, costituisce un ambito manageriale noto a tutti gli addetti ai lavori, ma al tempo stesso ampiamente frainteso. Quando si parla di controllo di gestione si pensa immediatamente agli aspetti economici di un'azienda sanitaria, al budget e all'assegnazione di obiettivi alle unità operative. Meno noti sono invece i presupposti per il buon funzionamento di un sistema di controllo di gestione, gli strumenti concretamente utilizzati e le interazioni con le altre funzioni aziendali, nonché il fatto che alcuni aspetti del controllo di gestione costituiscono adempimenti obbligatori per le aziende sanitarie pubbliche.

Per rendere più agevole la comprensione di cosa sia il controllo di gestione, occorre innanzitutto sgombrare il campo da alcuni possibili equivoci, precisando quindi cosa non è¹.

In primo luogo, il termine «controllo» non va inteso come sinonimo di verifica ispettiva o punitiva, da questo punto di vista sarebbe più corretto parlare di «pianificazione e controllo»; viceversa, i controller dovrebbero agire, ed essere visti, come veri e propri «business partners», sia nei confronti della Direzione strategica, che verso i direttori di struttura complessa. Questo implica che l'atteggiamento verso i vertici aziendali non sia solo di segnalazione dei problemi, ma sempre più di approfondimento dei processi per poter favorire la nascita di soluzioni e che con i clinici si crei un clima di condivisione degli obiettivi, di supporto nell'attuazione degli stessi, di proattività e non di mero scambio burocratico di informazioni.

Di conseguenza, il controllo di gestione non va visto come un sistema contabile o di misurazione, che fornisce solo numeri, ma come un sistema manageriale che funziona solo se è condiviso anche dalle altre articolazioni aziendali e, se correttamente implementato, consente a tutta l'azienda di lavorare meglio.

¹ Brusa, 2000.

Infine, il controllo di gestione non va sopravvalutato: un buon sistema di pianificazione e controllo non risolve automaticamente i problemi aziendali, pone le domande giuste, ma per avere le risposte alle stesse è necessaria l'interazione con chi opera in prima linea e con le altre funzioni di staff.

Chiarito ciò, è possibile entrare più nel merito di cosa sia il controllo di gestione, partendo dalle sue principali finalità².

Favorire l'elaborazione di obiettivi aziendali coerenti con la mission e la vision dell'azienda

Come accennato, il termine pianificazione e controllo è più appropriato per ricomprendere tutte le funzioni del controllo di gestione, in quanto comprende anche le attività che vengono effettuate prima del verificarsi degli eventi oggetto di controllo. Sotto questo punto di vista, fermo restando che nel settore pubblico gli obiettivi sono fissati in gran parte dalla Regione, solo una conoscenza precisa e puntuale delle attività dell'azienda e dei dati relativi all'esercizio precedente consente una corretta negoziazione con la Regione stessa e la successiva declinazione puntuale alle singole unità operative.

Supportare l'azienda a raggiungere gli obiettivi prefissati (in relazione alle risorse disponibili)

Conseguenza di quanto illustrato al punto precedente è che gli obiettivi fissati dovrebbero rivelarsi raggiungibili, tenuto anche conto delle risorse umane e strumentali dell'azienda e delle singole unità operative. Inoltre, la fissazione tempestiva e la diffusione degli obiettivi stessi, nonché la possibilità di avere dati affidabili a ridosso dell'evento, fanno sì che si possa intervenire in corso d'esercizio per apportare gli eventuali correttivi di gestione necessari.

Motivare e responsabilizzare i manager

Il tema del ruolo degli obiettivi nella motivazione del personale in generale viene affrontato in un altro capitolo del libro, ma qui è utile citare il tema, perché solo un'efficace pianificazione e controllo fa sì che si possano fissare obiettivi passibili di generare effettivamente motivazione e responsabilizzazione.

Coordinare e integrare articolazioni aziendali e professionisti

Le aziende sanitarie sono organizzazioni complesse, la cui efficacia, efficienza ed economicità derivano sia dalle azioni dei singoli professionisti che dalle interazioni tra i professionisti stessi e tra professionisti e funzioni di supporto. La fissazione di obiettivi per tutte le arti-

² Brusa, 2000;2009; Lega, 2018; Ceruzzi e Sorano, 2013.

colazioni aziendali e la negoziazione che coinvolge le diverse funzioni possono aiutare ad assegnare obiettivi coerenti tra loro e favorire l'emergere di possibili contraddizioni prima che le stesse si concretizzino (si pensi, per fare un esempio al cortocircuito che potrebbe generare un obiettivo di risparmio nella spesa per dispositivi medici assegnato al provveditorato, a fronte di un obiettivo di crescita del numero di interventi assegnato al dipartimento chirurgico).

Allineare le azioni del personale e gli obiettivi aziendali

A volte capita che in alcune aziende o in singole unità operative, il personale non sia neppure messo a conoscenza degli obiettivi dell'organizzazione di appartenenza; questo non favorisce certamente l'effettivo perseguimento degli obiettivi stessi. Un sistema che preveda regole certe di diffusione delle informazioni può ovviare a questo inconveniente (un banale accorgimento è quello di prevedere come prerequisito per il raggiungimento degli obiettivi, la necessità di una riunione verbalizzata e firmata da tutti i partecipanti).

Consentire interventi correttivi in corso d'esercizio

Difficilmente la realtà si sviluppa secondo le previsioni e anche la migliore pianificazione può fronteggiare eventi che rendono di difficile conseguimento quanto ipotizzato. In questi casi, la disponibilità di dati affidabili e tempestivi può favorire l'adozione di correttivi efficaci.

Garantire il rispetto degli adempimenti previsti dalle norme e dal regolatore regionale

Le norme nazionali e regionali prevedono alcuni adempimenti obbligatori, per ottemperare ai quali è necessario un sistema di controllo di gestione adeguato. Innanzitutto, alcune rilevazioni del controllo di gestione sono necessarie per redigere un bilancio veritiero e corretto; in secondo luogo, le norme su anticorruzione e trasparenza prevedono che sui siti delle aziende pubbliche vengano pubblicati i dati relativi ai costi dei servizi; infine, Ministero e Regione Lombardia richiedono la compilazione di alcuni modelli di contabilità analitica, in assenza dei quali le aziende e le direzioni aziendali possono incorrere in sanzioni e penalizzazioni.

Prima di entrare nel merito degli strumenti, occorre precisare che un sistema efficace di controllo di gestione può essere costruito solo se vengono rispettati alcuni prerequisiti.

In primo luogo, è necessario che l'azienda sia dotata di un sistema contabile affidabile. La contabilità generale ha finalità in parte diverse dal controllo di gestione, ma costituisce una base indispensabile, a maggior ragione nelle aziende sanitarie pubbliche. Solo corrette rilevazioni contabili, per esempio degli acquisti di farmaci, consentono infatti la successiva attribuzione della spesa all'unità operativa utilizzatrice. Inoltre, dato che nelle aziende sanitarie pubbliche è prevista la redazione di un Bilancio preventivo che costituisce l'auto-

rizzazione regionale alla spesa sostenibile nell'anno, il controllo delle attività non può prescindere dal legame con la contabilità generale perché è sui dati della stessa che la Regione approverà o meno la gestione a fine esercizio³.

In secondo luogo, occorre che l'azienda abbia strutturato un sistema dei centri di responsabilità (CDR) e dei centri di costo (CDC). I primi coincidono in sostanza con l'organigramma, i secondi sono una partizione dei primi e consentono per esempio di distinguere in un unico CDR, il reparto dall'ambulatorio. Strutturare un sistema significa che le risorse umane e strumentali devono essere correttamente assegnate ai diversi CDC, che sia definita la responsabilità di ordinare i materiali per uno specifico CDC e che gli ordini vengano effettuati in modo corretto (p. es. se un determinato farmaco deve essere utilizzato in reparto, lo stesso va effettivamente ordinato per il CDC del reparto e non per quello dell'ambulatorio e se un unico operatore fa ordini per più reparti, gli ordini devono essere associati al reparto di effettiva destinazione). Se tutto ciò non viene approntato, neppure il miglior software gestionale fornirà dati corretti.

In terzo luogo, è necessario che l'azienda si doti di procedure contabili condivise; infatti, il controllo di gestione non è solamente un ufficio, ma un sistema aziendale che viene alimentato dalle diverse articolazioni aziendali. È perciò necessario che tutti gli uffici coinvolti siano istruiti sulle corrette procedure da seguire e le applichino così da garantire l'affidabilità dei dati elaborati (come esempio si possono citare le consulenze mediche chieste ad altre aziende: se la direzione medica di presidio non traccia le richieste in modo preciso e puntuale, tali costi potrebbero non essere registrati sul corretto esercizio o sulla corretta unità operativa).

Infine, ma non meno importante, la direzione aziendale deve credere⁴ e investire nel controllo di gestione, sia in termini di risorse umane e strumentali destinate all'ufficio, sia in termini di tempo dedicato, di sostegno ai componenti dell'ufficio, di utilizzo degli strumenti, di coinvolgimento dei direttori delle unità operative cliniche. Soprattutto nelle aziende pubbliche, questo è, spesso, un requisito critico.

20.2 Strumenti e oggetti del controllo

Visto quanto premesso al paragrafo precedente, è tempo di presentare sinteticamente i principali strumenti e gli oggetti del controllo.

Contabilità analitica integrata con la contabilità generale⁵

Come accennato, uno dei prerequisiti del controllo di gestione è un sistema di contabilità generale affidabile, che però non esaurisce le necessità dello stesso controllo di gestione.

³ Brusa (2009) inserisce anche la contabilità generale e il bilancio d'esercizio tra «la strumentazione 'tecnico-contabile' a disposizione del management per scopi di controllo gestionale».

⁴ Brusa, 2000.

⁵ Sulle differenze tra contabilità generale e contabilità analitica si veda Brusa (2009).

Infatti, la finalità della contabilità e del bilancio d'esercizio è quella di registrare gli effetti economici, finanziari e patrimoniali delle operazioni di un'azienda, senza indagare le motivazioni gestionali che le determinano. In particolare, la logica del bilancio è quella di registrare ricavi e costi per natura (ossia per tipologia), senza distinguere le unità operative che hanno generato quei costi e quei ricavi.

Viceversa, indagare le motivazioni gestionali che determinano un risultato economico e tracciare quali aree aziendali generano costi e ricavi è esattamente la finalità della contabilità analitica. A tale scopo, i ricavi e i costi non sono registrati per natura, ma per CDC che li genera e i dati stessi riportano molti più dettagli. Per esemplificare, partendo dai ricavi: i ricavi da DRG in contabilità generale sono registrati in modo generico (acconto/saldo prestazioni del mese x); in contabilità analitica è registrato il valore «prodotto» da ogni singola unità operativa e tramite il sistema di reporting è possibile verificare i dettagli del singolo episodio di ricovero. Per ciò che riguarda i costi, la contabilità generale registra il valore complessivo di una fattura per dispositivi medici; tramite il sistema di magazzino, la contabilità analitica registra la destinazione di ogni singolo articolo che è stato incluso nella stessa fattura.

Il sistema di contabilità analitica si basa quindi sia sui conti della contabilità generale che su conti propri e utilizza il CDC come unità minima di registrazione di ricavi e costi. Generalmente, si distinguono tre tipologie di CDC⁶; i centri di supporto non erogano direttamente prestazioni, ma forniscono servizi agli altri centri (p. es. la centrale di sterilizzazione); i centri intermedi erogano direttamente prestazioni ma forniscono anche servizi ai centri finali (p. es. il laboratorio di analisi); i centri finali erogano servizi agli utenti (tipicamente, un'unità operativa quale una medicina o una chirurgia).

Procedure di ribaltamento dei costi indiretti

Come detto, il sistema di contabilità analitica consente di attribuire costi e ricavi all'articolazione aziendale che li ha generati, ma questo non sempre aiuta a comprendere le cause degli stessi, in quanto alcuni casi, soprattutto per ciò che riguarda i costi, la determinante va cercata altrove rispetto al CDC su cui la spesa è registrata. Per capire meglio prendiamo due esempi: il costo del personale di sala operatoria (infermieri e anestesisti) e il costo della mensa aziendale. Nel primo caso non è il CDC di sala operatoria che genera in ultima analisi il costo, ma l'attività chirurgica delle altre unità operative. Nel secondo caso, i costi vengono registrati sul CDC della mensa, ma i consumatori sono i dipendenti e i pazienti che afferiscono alle diverse unità operative.

Affinché le spese in oggetto siano correttamente registrate, occorre individuare un criterio tramite cui imputarle al centro che effettivamente le ha generate; per restare agli esempi, nel primo caso il criterio potrebbero essere le ore di utilizzo di sala operatoria, nel secondo le giornate di degenza⁷.

⁶ Per le specificità delle aziende sanitarie: Arduini (2010) e Brusa (2009).

⁷ Arduini (2010) parla di «ribaltamento a cascata», per illustrare il meccanismo in parola, riprendendo quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. VII/7780 del 18 gennaio 2002, «Approvazione delle Linee guida sul controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia».

Conto Economico per unità operativa

Gli strumenti di cui ai punti precedenti consentono di elaborare il Conto Economico delle singole unità operative, così da valutare la redditività delle stesse e, soprattutto, confrontare l'andamento tra un esercizio e l'altro, dando evidenza di eventuali miglioramenti o peggioramenti.

In sintesi, il Conto Economico di un'unità operativa potrebbe avere il seguente schema:

- ricavi (distinti tra DRG, prestazioni ambulatoriali, prestazioni per interni, File F ecc.);
- costi diretti (personale, materiale sanitario, materiali economale e di manutenzione, prestazioni per interni ecc.);
- ricavi – costi diretti= primo margine operativo;
- costi indiretti (servizi di supporto sanitari, servizi alberghieri ecc.);
- primo margine operativo – costi indiretti= secondo margine operativo;
- costi generali (Direzione strategica, uffici amministrativi, direzione medica di presidio ecc.);
- secondo margine di contribuzione – costi generali = margine netto.

Il margine netto può non avere un significato gestionale in tutti i contesti e può quindi essere omesso (insieme all'imputazione dei costi generali); la scelta di inserirlo può essere utile per ragioni di completezza.

Sistema di reporting

Il sistema di reporting è uno dei due elementi (con il sistema di budget) che solitamente vengono associati al controllo di gestione, soprattutto nelle aziende sanitarie. Effettivamente, senza un adeguato sistema di reporting, non si potrebbe parlare di controllo di gestione. Infatti, il sistema di reporting ha il compito di elaborare e rendere di facile lettura la numerosa mole di dati che risiede nei database delle aziende sanitarie, sia amministrativi (contabilità, personale ecc.), che clinici (ricoveri, prestazioni ambulatoriali ecc.). Il sistema di reporting dovrebbe essere alla base delle decisioni gestionali della Direzione strategica: infatti, un set di indicatori tempestivo consente di avere cognizione di causa su come sta andando l'esercizio, a confronto sia con gli anni precedenti che con le previsioni. Inoltre, la rielaborazione dei dati sull'andamento consente previsioni su come chiuderà l'anno (in questo caso si parla di dati di *forecasting*). Infine, il sistema di reporting costituisce la base indispensabile del sistema di budget: qualsiasi obiettivo per essere uno strumento efficace deve essere misurato, non solo a fine anno, ma anche in corso di esercizio.

Sistema di budget

Il sistema di budget costituisce una sorta di sintesi del sistema di pianificazione e controllo; in esso, infatti, confluisce quanto illustrato fino ad ora, per questa ragione sarà oggetto di un intero paragrafo.

Prima di passare a ciò, tuttavia, occorre fare un accenno a quello che è l'oggetto del controllo di gestione. In estrema sintesi, e come sarà chiaro nell'ultimo paragrafo, l'oggetto del controllo di gestione è l'intera attività aziendale, non solo sotto il profilo economico, ma anche dell'organizzazione, dei processi aziendali, della qualità.

20.3 Dall'analisi all'orientamento dei comportamenti: il sistema di budget

Come accennato, il sistema di budget costituisce una sorta di *summa* del controllo di gestione, in quanto comprende sia la parte di programmazione (strategica ed economica), sia il reporting, sia l'elaborazione e misurazione degli obiettivi aziendali e di struttura, sia l'aspetto di motivazione e coinvolgimento del personale. Si parla di sistema proprio perché nel budget sono racchiusi strumenti e oggetti tra loro differenti, mentre con processo di budget si intendono le fasi che lo compongono e che possono essere così sintetizzate.

Programmazione strategica

La programmazione strategica costituisce la cornice di riferimento, all'interno della quale viene elaborato il budget annuale. In essa confluiscono sia l'elaborazione della mission e della vision aziendale, sia le indicazioni di sistema regionali (la cosiddetta delibera delle regole), sia le assegnazioni della stessa regione per il Bilancio preventivo. Idealmente questa fase dovrebbe concludersi prima dell'inizio dell'anno⁸ a cui il budget si riferisce.

Elaborazione degli obiettivi e delle schede di budget

Sulla base di quanto emerge dalla programmazione strategica e dalle risultanze dell'esercizio precedente, si elaborano gli obiettivi delle diverse unità operative; sarebbe auspicabile che gli obiettivi derivassero sia dalle indicazioni della direzione (top-down) che dai suggerimenti dei manager delle unità operative (bottom-up). Sicuramente doveroso è invece che gli obiettivi non riguardino solo le performance economiche, ma comprendano anche ambiti organizzativi, di sviluppo professionale, di attenzione ai pazienti, di qualità⁹ e, se possibile, di *outcome*¹⁰.

⁸ Lega (2018) presenta un'articolazione del processo di budget molto anticipata rispetto a quella qui presentata.

⁹ Arduini (2010), Ceruzzi e Sorano (2013) propongono di utilizzare la «Balanced Scorecard» (Kaplan e Norton, 1996). Ceruzzi e Sorano (2013), presentano anche un set di indicatori per applicarla concretamente.

¹⁰ Negli ultimi anni si sono diffusi alcuni modelli di questo genere; in particolare, il Programma nazionale esiti (<https://pne.agenas.it/>) e gli indicatori della Scuola Sant'Anna di Pisa (<http://performance.sssup.it/netval>).

Le schede di budget raccolgono gli obiettivi, gli indicatori per valutarne il raggiungimento, gli eventuali riferimenti per la misurazione e, per completezza, i dati relativi alle singole unità operative in termini di risorse umane (medici, infermieri ecc.) e strumentali assegnate (posti letto, sedute di sala operatoria, ambulatori, apparecchiature cliniche ecc.). Infatti, è importante che sia chiaro il legame tra obiettivi da raggiungere e risorse con cui farlo. Infine, nelle schede è utile riportare anche indicatori sull'attività dell'unità operativa: output, indicatori sull'utilizzo di risorse e indicatori di mix¹¹.

Questa fase dovrebbe idealmente concludersi entro la prima metà di febbraio.

Negoziazione e assegnazione degli obiettivi

La fase di discussione degli obiettivi con i direttori delle diverse unità operative è di cruciale importanza per far sì che il processo di budget non sia visto come un'imposizione burocratica. Ciò, sia perché solo obiettivi condivisi e non percepiti come arbitrari generano motivazione all'agire, sia perché uno degli scopi del controllo di gestione è allineare e coordinare personale e articolazioni aziendali rispetto alle priorità individuate.

Questa fase è delicata e richiede il giusto tempo, ma dovrebbe terminare al più tardi entro la fine di marzo.

Reporting periodico

La condivisione degli obiettivi costituisce un primo passo necessario, ma non sufficiente. La condivisione periodica di stati di avanzamento sulle attività in essere e la diffusione di report puntuali sono il solo modo per consentire interventi correttivi e togliere alibi su eventuali obiettivi non raggiunti. La tempistica ideale per questi report sarebbe mensile, ma è assolutamente indispensabile che tutti gli obiettivi siano monitorati almeno con i dati di metà esercizio.

[Eventuale] Rinegoziazione degli obiettivi

La possibilità di rinegoziare gli obiettivi contribuisce a togliere ai direttori delle unità operative la sensazione di arbitrarietà che a volte aleggia sul budget. In questo caso, tuttavia, occorre prevenire anche il rischio opposto: ossia che il processo perda credibilità; a tal fine gli obiettivi andrebbero rinegoziati solo a fronte di ragioni oggettive e non preventivabili.

La rinegoziazione dovrebbe concludersi entro la fine del mese di settembre.

Reporting finale e valutazione

Esito del processo è ovviamente la valutazione finale che necessita di un'affidabile rendicontazione di tutti gli obiettivi assegnati. In questo caso è meglio ritardare la valutazione ma

¹¹ Arduini, 2010; Lega, 2018.

avere a disposizione più dati possibili, per consentire un confronto sereno e puntuale. Può essere utile che i diversi direttori di unità operativa di elaborino una relazione a giustificazione degli eventuali scostamenti.

Le norme in materia prevedono che in tutto il processo sia coinvolto anche il nucleo di valutazione delle prestazioni, a garanzia dell'equità dello stesso e del rispetto delle regole vigenti.

In sintesi

Il controllo di gestione è un sistema manageriale che nelle aziende manageriali adempie a numerose e importanti finalità. Esse vanno dall'elaborazione di obiettivi in linea con la mission aziendale, al supporto e raggiungimento degli stessi, alla motivazione di manager e dipendenti, alla diffusione tra il personale delle strategie aziendali, fino al monitoraggio e correzione delle attività e al rispetto di alcune prescrizioni normative.

Inoltre, il controllo di gestione non va confuso come un sistema di monitoraggio ispettivo e, per questo, può essere opportuno usare il termine pianificazione e controllo che ricomprende anche nominalmente gli aspetti più strategici.

Per poter essere efficace, il controllo deve fondarsi su solide radici che possono essere identificate nella presenza di un sistema contabile affidabile, di un sistema di centri di responsabilità e di costo consolidato, di procedure contabili puntualmente applicate, di un forte commitment della Direzione strategica.

Gli strumenti principali sono la contabilità analitica, le procedure di ribaltamento dei costi indiretti, il Conto Economico per unità operativa, il sistema di reporting e il sistema di budget. In particolare, il sistema di budget è una sorta di sintesi di tutti gli strumenti, in quanto in esso confluiscono la programmazione strategica e annuale, il reporting e la misurazione degli obiettivi, la negoziazione e la relazione con i direttori delle unità operative.

Per essere efficace, il sistema di budget deve rispettare tempistiche precise (la negoziazione deve concludersi nel primo trimestre dell'esercizio) e procedure rigorose (si deve evitare il rischio che la procedura sia vista come un mero adempimento burocratico o una imposizione dell'alto).

Ripasso

1. Quali sono le principali motivazioni per cui un'azienda sanitaria dovrebbe predisporre un sistema di controllo di gestione e quali i prerequisiti da verificare al fine di poter organizzare efficacemente il controllo di gestione?

A. Motivazioni: garantire il rispetto delle linee guida regionali sulla contabilità analitica; redigere un bilancio veritiero e corretto; implementare il sistema di miglioramento della qualità; motivare il personale e coordinare le unità operative

Prerequisiti: presenza di un organigramma ben definito; esistenza di un sistema di budget; stipula del contratto integrativo aziendale

B. Motivazioni: elaborare obiettivi in linea con la mission aziendale e contribuire al loro raggiungimento, anche allineando i comportamenti dei singoli agli stessi; favorire la motivazione del personale e la responsabilizzazione del management; coordinare le diverse unità operative e i professionisti; favorire interventi correttivi della gestione; garantire il rispetto degli adempimenti

Prerequisiti: sistema contabile affidabile; sistema di centri di responsabilità e di centri di costo correttamente utilizzato; procedure contabili condivise; chiaro commitment della Direzione strategica

C. Motivazioni: implementare il sistema di budget; elaborare il piano delle performance; favorire l'adozione di un sistema di contabilità analitica; consentire all'azienda il rispetto delle norme sul risk management

Prerequisiti: sistema di procedure di qualità consolidato; sistema di contabilità analitica affidabile; esistenza dei centri di costo; esistenza dei dipartimenti funzionali

2. Quali sono gli strumenti principali che informano il sistema del controllo di gestione?

A. Report sui ricoveri; report sulle prestazioni ambulatoriali; negoziazione di budget; piano dei controlli

B. Conto Economico; Stato Patrimoniale; Nota Integrativa; Rendiconto Finanziario; Relazione sulla Gestione

C. Contabilità analitica integrata con la contabilità generale; procedure di ribaltamento dei costi indiretti; Conto Economico per unità operativa; sistema di reporting; sistema di budget

3. Cos'è il sistema di budget? Quali gli strumenti e quali le fasi del processo di budget?

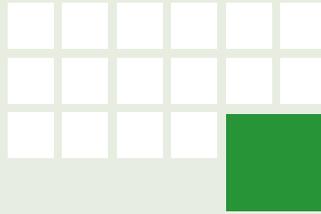
A. Il sistema di budget costituisce una sorta di *summa* del controllo di gestione, in quanto racchiude in sé tutti gli strumenti tipici dello stesso, al fine di conseguire le finalità tipicamente riconosciute a un sistema di controllo di gestione. Le tipiche fasi del sistema di budget sono: programmazione strategica, elaborazione degli obiettivi, negoziazione, reporting, rinegoziazione e valutazione finale

B. Il sistema di budget costituisce uno degli strumenti del controllo di gestione, finalizzato in particolare al controllo dei costi di produzione. Si avvale del reporting e si articola nelle seguenti fasi: elaborazione dei tetti massimi di spesa aziendali, assegnazione alle diverse unità operative, reportistica periodica e reportistica finale

C. Il sistema di budget è uno degli strumenti con cui il controllo di gestione contribuisce alla redazione di un bilancio veritiero e corretto e si avvale in particolare della contabilità analitica integrata con la contabilità generale. Le fasi del processo di budget sono le seguenti: bilancio preventivo economico, Conto Economico trimestrale (per ogni trimestre dell'esercizio), assestamento, preconsuntivo e bilancio consuntivo

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2012), *Strategia e performance management nelle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- AA.VV. (2013), *La valutazione delle performance per il governo strategico delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- Anessi Pessina E. (2012), «Il modello di controllo della spesa sanitaria», *Ragiusan*, n. 344.
- Arduini R. (2010), *Economia e Gestione delle Aziende Sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- Brusa L. (2000), *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè Editore, Milano.
- Brusa L. (2007), *Attuare e controllare la strategia aziendale. Mappa strategica e Balanced Scorecard*, Giuffrè Editore, Milano.
- Brusa L. (2009), *Analisi e contabilità dei costi*, Giuffrè Editore, Milano.
- Brusa L., Zamproga L. (1991), *Pianificazione e controllo di gestione*, Etas Libri, Milano.
- Capasso A., Pascarella G (2011), *L'azienda sanitaria – Innovazione tecnologica, evoluzione organizzativa e governo clinico*, Franco Angeli, Milano.
- Ceruzzi P., Sorano E. (2013), *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie ai tempi dell'armonizzazione contabile*, Ipsoa, Milano.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1996), *The balanced scorecard*, Harvard Business School Press.
- Lega F. (2018), *Economia e management sanitario. Settore, sistema, aziende, protagonisti*, Egea, Milano.
- Maggi D. (2003), *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Giuffrè Editore, Milano.
- Saita M. (2016), *I fondamentali del controllo di gestione*, Giuffrè Editore, Milano.
- Zangrandi A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè Editore, Milano.



Risposte ai quiz di ripasso

Capitolo 1

1. L'Ospedale Maggiore accoglieva solo acuti (risposta A)
2. La formazione nel 1849-50 era integrata (risposta C)
3. Durante la pandemia di influenza "spagnola" furono coinvolte le RSA, si fecero sperimentazioni terapeutiche e si chiusero cinema e teatri (risposta D)

Capitolo 2

1. I tre principali livelli normativi che disciplinano la formazione manageriale sono la normativa nazionale; gli Accordi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano; leggi e delibere regionali (risposta B)
2. In Regione Lombardia i principali percorsi formativi manageriali obbligatori del professionista sono articolati come corsi manageriali per Dirigenti di Struttura Complessa (DSC) e corsi per Direttori di Azienda Sanitaria (per DG, DS, DA, DSS) (risposta A)
3. Ai sensi del D. lgs. n. 171/2016, il corso di formazione manageriale per Direttore Generale non può essere conseguito dopo la nomina (risposta C)

Capitolo 3

1. Secondo i manager che hanno partecipato allo studio a cura di Pinelli e Rossini et al. (2010), i principali argomenti da approfondire in sede di formazione sono strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse; gestione della comunicazione interna ed esterna; gestione dei percorsi ospedale-territorio e di continuità assistenziale; clinical governance; sistemi di valutazione delle performance aziendali (risposta A)
2. Le competenze trasversali caratterizzanti i profili manageriali del sistema sociosanitario individuate dall'Healthcare Leadership Alliance sono gestione della comunicazione e delle relazioni, leadership, professionalità, conoscenza dell'ambiente sanitario, competenze e conoscenze aziendali (risposta C)
3. I macro-temi oggetto dei principali fabbisogni formativi manageriali per il servizio sociosanitario lombardo sono saper essere, conoscere e gestire, innovare, comunicare, organizzare e valutare (risposta C)

Capitolo 4

1. Apache2 è un webserver (risposta B)
2. Moodle è un LMS open-source (risposta C)
3. Con MOOC si intende una formazione a distanza che coinvolga un numero elevato di utenti (risposta A)

Capitolo 5

1. Le leve principali di governo del livello nazionale nella programmazione sanitaria sono economiche, organizzative ed erogative (risposta D)
2. Il DM 70/2015 costituisce un essenziale documento di programmazione sanitaria. Fornisce risposte concrete alle nuove esigenze (risposta D)
3. Il DM 70/2015 approfondisce volumi di attività, dotazioni di posti letto e loro tasso di occupazione, classificazioni degli ospedali e standard per disciplina (risposta E)
4. In Lombardia sono previsti 14 DEA di II livello (risposta B)
5. È previsto un tavolo di lavoro che sta aggiornando alcuni specifici ambiti del DM 70/2015 (risposta A)

Capitolo 6

1. In merito ai rapporti tra Regioni e Università relativamente alle attività del nuovo SSN, la legge 833/1978 prevede di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali nell'ambito dell'autonomia dei due sistemi (risposta B)
2. In base all'articolo 6, comma 13, della legge 240/2010 il MIUR ha il compito di predisporre lo "schema-tipo delle convenzioni" al quale devono attenersi le università e le regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del SSN (risposta A)
3. Il comitato di indirizzo e coordinamento (CIC) è uno strumento di partecipazione agli atti di programmazione regionale in relazione alle strutture e ai servizi sanitari coinvolti nell'ambito della formazione sanitaria universitaria (risposta C)

Capitolo 7

1. La medicina generica come punto di primo contatto tra il paziente e il medico si è sviluppata in Inghilterra nell'Ottocento (risposta C)
2. I vantaggi della medicina di gruppo possono essere: a) una maggiore apertura dell'ambulatorio medico, consentita dalla turnazione dei medici del gruppo; b) di conseguenza, un probabile minore ricorso al Pronto soccorso; c) la possibilità di un confronto tra pari sui casi più complessi. Gli svantaggi: d) una difficile gestione dei pazienti dei colleghi, se il fascicolo sanitario non è attivato; e) una possibile conflittualità per la compensazione delle visite fatte a pazienti di altri colleghi
3. I risultati attesi sono: a) la possibilità per i MMG di risolvere immediatamente i problemi più semplici e comuni dei pazienti, attraverso la diagnostica di base e il parere degli specialisti presenti; b) la possibilità per i pazienti di ricevere, nello stesso luogo fisico, più prestazioni sanitarie (mediche, riabilitative, preventive, ecc.) correlate ad un problema di salute o una patologia cronica; c) l'unicità di riferimento per i cittadini per i diversi problemi sanitari, sociali, amministrativi, di prenotazioni, ecc. Le controindicazioni possono essere: d) una maggiore difficoltà di accesso per i pazienti più fragili, essendo le Case della comunità di tipo perno (hub) distribuite ogni 40-50.000 abitanti; e) la probabile scarsa presenza di MMG e PLS che, in base all'attuale ACN 2016-18, non hanno l'obbligo di operare in queste strutture

Capitolo 8

1. La figura del medico di medicina generale è stata istituita nel 1978 (risposta C)
2. Il medico di medicina generale è normalmente un libero professionista (risposta B)
3. La patologia che genera il maggior numero di contatti/anno per il medico di medicina generale è l'ipertensione arteriosa (risposta A)

Capitolo 9

1. La transizione verso un nuovo modello di erogazione delle cure primarie richiede una scelta istituzionale consapevole e un ripensamento del ruolo degli attori coinvolti, dell'attuale modello organizzativo sanitario e dei meccanismi di governo, monitoraggio e incentivazione del sistema (risposta C)
2. In Olanda i *bundled payment* incentivano le spinte di integrazione tra gli interventi erogati dai diversi soggetti e incentivano l'uso appropriato dei servizi con riduzione dei costi e della duplicazione di servizi e interventi (risposta A)
3. In Italia le attuali riforme puntano a rafforzare il ruolo strategico del MMG come gatekeeper del sistema ed elemento pivotale del sistema (risposta D)

Capitolo 10

1. La valutazione delle risorse impiegate per la cura del paziente è uno degli ambiti di applicazione della Gestione Operativa (risposta B)
2. Il principale ruolo della Gestione Operativa all'interno di un ospedale è implementare un sistema di governo dei processi sanitari basato sull'utilizzo di dati e indicatori di performance finalizzati a perseguire il miglioramento continuo di processi (risposta A)
3. L'Operations Management rappresenta l'insieme di procedure, strumenti e competenze che presidiano il pieno funzionamento dei processi delle aziende sanitarie (risposta C)

Capitolo 11

1. L'EDP è più adatto per un sistema informativo di tipo operativo (risposta B)
2. Nucleo portante del Sistema Informativo del SSN è l'NSIS (risposta C)
3. L'obiettivo del progetto Mattoni è creare un linguaggio comune per la rilevazione dei dati NSIS (risposta B)

Capitolo 12

1. Una *filter bubble* è un ambiente virtuale costruito attraverso le proprie preferenze (risposta C)
2. È importante sapere come scrivono i giornali per intercettare ciò che vogliono scrivere ed evitare di fare passi falsi (risposta D)
3. Una comunicazione in caso di crisi deve essere accessibile, comprensibile, coerente, esaustiva (risposta A)

Capitolo 13

1. Il sistema delle relazioni sindacali previste dal nuovo CCNL della dirigenza sanitaria si articola in partecipazione e contrattazione integrativa (risposta B)
2. Le tipologie di incarichi dirigenziali previste dal CCNL 119 dicembre 2019 sono gestionali e professionali (risposta B)
3. Il dirigente sanitario che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute può chiedere alla stessa azienda la ricostituzione del rapporto di lavoro entro 5 anni dalla cessazione (risposta A)

4. Il dirigente assunto a tempo indeterminato a seguito di pubblico concorso è soggetto ad un periodo di prova di 6 mesi (risposta A)

Capitolo 14

1. La valutazione dei dirigenti sanitari serve anche a verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati e le capacità professionali (risposta B)
2. Gli organismi per la verifica e la valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti sanitari sono il Collegio Tecnico e l'Organismo Indipendente di Valutazione (risposta D)
3. La performance è il contributo che un dirigente o una unità operativa apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e obiettivi per i quali l'organizzazione è stata costituita (risposta B)
4. l'attribuzione al dirigente della retribuzione di risultato rientra tra gli effetti della valutazione positiva dei risultati raggiunti da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (risposta B)

Capitolo 15

1. La people strategy si fonda sul presupposto che l'engagement può trasformare le performance aziendale (si a C, no a tutte le altre)
2. La valutazione della performance individuale di ogni dirigente è un percorso che deve essere in linea con la strategia interna e con le competenze degli individui che lavorano (risposta C)
3. La valutazione della performance dirigenziale individuale prevede la verifica dei risultati ottenuti a seguito del percorso di budget, delle competenze specialistiche dimostrate e dei comportamenti assolti in relazione all'incarico e alla necessità di sviluppare o mantenere un buon clima organizzativo interno alla UO (risposta C)

Capitolo 16

1. Un gruppo di lavoro comunica su 3 diversi livelli: *Interattivo, Informativo e Trasformativo* (risposta D)
2. Favorire la consapevolezza delle emozioni nei componenti del gruppo di lavoro è importante perché la maggior parte dei conflitti sono determinati da vissuti emotivi non riconosciuti o non espressi (risposta C)
3. Le situazioni di conflitto nel proprio gruppo di lavoro non devono essere ignorate perché un conflitto non riconosciuto e non gestito può determinare uno scadimento delle relazioni interne ma anche una riduzione della produttività (risposta B)

Capitolo 17

1. L'assenza di feedback positivi può essere un fattore di rischio nella relazione di aiuto (risposta B)
2. La condivisione delle decisioni con aumento della motivazione professionale rappresenta un vantaggio del gruppo di lavoro multidisciplinare (risposta B)
3. La polarizzazione rappresenta una criticità nel gruppo mono e multi disciplinare (risposta C)

Capitolo 18

1. La contabilità economico-patrimoniale è utile al governo della spesa sanitaria in quanto osserva le condizioni e le modalità di svolgimento della gestione e in che misura esse soddisfano le aspettative del soggetto economico. Con l'obiettivo di determinare il reddito d'esercizio e il collegato capitale di funzionamento, tale contabilità adotta il metodo della partita doppia che consente di rilevare contemporaneamente l'aspetto finanziario e l'aspetto economico. Tali aspetti sono essenziali per monitorare l'equilibrio di un'azienda sanitaria pubblica e privata (risposta B)

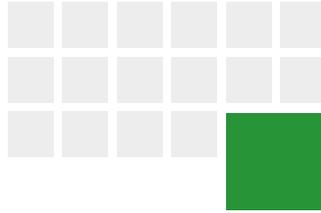
2. L'equilibrio di un'azienda sanitaria è scomponibile in tre equilibri sottostanti fortemente interrelati: l'equilibrio finanziario, economico e patrimoniale. L'equilibrio finanziario monitora il flusso di entrate ed uscite di denaro (e valori assimilati: crediti e debiti) movimentate dalle operazioni di gestione. L'equilibrio economico intende verificare la corrispondenza tra i ricavi e i costi d'esercizio al fine di perseguire il pareggio di bilancio e determinare il capitale di funzionamento dell'azienda. Infine, l'equilibrio patrimoniale guarda al lungo periodo e si occupa della perdurabilità dell'azienda (e.g. beni a lento ciclo di utilizzo, le rimanenze di magazzino, il patrimonio netto) (risposta A)
3. Lo Stato Patrimoniale rappresenta la situazione del patrimonio di funzionamento riferito ad un certo istante, mentre il Conto Economico esprime il processo di formazione e l'entità del reddito dell'esercizio in un periodo di tempo definito, solitamente l'anno solare. Lo Stato Patrimoniale, in sezioni contrapposte, riporta le passività e le attività. Il Conto Economico, in forma scalare, raccoglie i ricavi e i costi dell'esercizio organizzandoli per gestioni. Le voci solitamente più significative tra le attività di Stato Patrimoniale sono le immobilizzazioni materiali, i crediti e le disponibilità liquide; tra le passività i finanziamenti per investimenti, le quote inutilizzate di contributi e i debiti. Nel Conto Economico tra il valore della produzione, i contributi in c/esercizio, i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie e i ticket. Tra i costi della produzione, l'acquisto di beni e servizi, il costo del personale e gli ammortamenti. Infine, i ricavi e i costi della gestione straordinaria sono rilevanti anche se non riferiti al core business delle aziende sanitarie (risposta C)

Capitolo 19

1. Equilibrio finanziario, equilibrio economico ed equilibrio patrimoniale che, nel medio-lungo termine, devono necessariamente verificarsi tutti in modo completo (risposta B)
2. La leva operativa amplifica gli effetti sul reddito di una variazione di mercato, sia in aumento che in diminuzione, in modo più che proporzionale rispetto all'incidenza dei costi fissi sul totale dei costi (risposta C)
3. La funzione della Break Even analysis è aiutare a fare analisi predittive (in particolare su: punto di pareggio costi/ricavi; quantità produttive minime per il raggiungimento del Break even point; tempo ipotetico necessario per raggiungere il BEP; confronti tra varie possibilità di linee produttive; etc.) in modo semplice, immediato e con la necessità di pochi dati (risposta A)

Capitolo 20

1. Motivazioni: elaborare obiettivi in linea con la mission aziendale e contribuire al loro raggiungimento, anche allineando i comportamenti dei singoli agli stessi; favorire la motivazione del personale e la responsabilizzazione del management; coordinare le diverse unità operative e i professionisti; favorire interventi correttivi della gestione; garantire il rispetto degli adempimenti. Prerequisiti: sistema contabile affidabile; sistema di centri di responsabilità e di centri di costo correttamente utilizzato; procedure contabili condive; chiaro commitment della direzione strategica (risposta B)
2. Gli strumenti principali che informano il sistema del controllo di gestione sono contabilità analitica integrata con la contabilità generale; procedure di ribaltamento dei costi indiretti; conto economico per unità operativa; sistema di reporting; sistema di budget (risposta C)
3. Il sistema di budget costituisce una sorta di *summa* del Controllo di gestione, in quanto racchiude in sé tutti gli strumenti tipici dello stesso, al fine di conseguire le finalità tipicamente riconosciute ad un sistema di controllo di gestione. Le tipiche fasi del sistema di Budget sono: programmazione strategica, elaborazione degli obiettivi, negoziazione, reporting, rinegoziazione e valutazione finale (risposta A)



Autori

Capitolo 1

Alessandro Porro, Professore associato di Storia della medicina, Università degli Studi di Milano.

Capitolo 2

Andrea Cerana, Borsista, PoliS-Lombardia, Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo;
Danila Lazzarini, PoliS-Lombardia, Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo.

Capitolo 3

Paride Fusaro, PoliS-Lombardia, Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo.

Capitolo 4

Tommaso Russo, Direttore amministrativo, ARPA Lombardia.

Capitolo 5

Aida Andreassi, Direttore Sanitario di Presidio, Azienda Regionale Emergenza Urgenza - AREU.

Capitolo 6

Loredana Luzzi, Direttore generale, Università degli Studi di Brescia.

Capitolo 7

Vittorio Mapelli, Professore associato, Università degli Studi di Milano.

Capitolo 8

Ovidio Brignoli, Medico di Medicina Generale, Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. Coordinatore del corso di Medicina generale della Lombardia;

Cesare Liberali, Medico di Medicina Generale, Agenzia di Tutela della Salute Milano Città Metropolitana. Vicepresidente Associazione ExAlunni MMG Roberto Stella;

Alessandro Rubino, Medico di Medicina Generale, Agenzia di Tutela della Salute di Pavia. Presidente Associazione ExAlunni MMG Roberto Stella.

Capitolo 9

Lucia Ferrara, Lecturer di Government, Health & Not for profit Division, SDA Bocconi School of Management;

Angelica Zazzera, Junior Lecturer; Government, Health & Not for Profit Division, SDA Bocconi School of Management.

Capitolo 10

Michele Torresani, Dirigente ingegnere analista, Gestione Operativa - Staff Direzione Sanitaria, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori;

Magda Giulia Santini, Dirigente medico, Gestione Operativa - Staff Direzione Sanitaria, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori;

Elisabetta Mancini, Healthcare manager, Gestione Operativa - Staff Direzione Sanitaria, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori.

Capitolo 11

Cristiano Marchetti, Consulente Senior, Progea Srl Milano.

Capitolo 12

Lino Grossano, Biotecnologo medico e giornalista, Ufficio Stampa Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

Capitolo 13

Giuseppe Micale, Direttore amministrativo, Agenzia di Tutela della Salute Milano Città Metropolitana.

Capitolo 14

Giuseppe Micale, Direttore amministrativo, Agenzia di Tutela della Salute Milano Città Metropolitana.

Capitolo 15

Cristina Filannino, Docente Senior, Scuola di Direzione Aziendale Università Bocconi.

Capitolo 16

Claudia Borreani, Psicologa Dirigente -Responsabile SSD di Psicologia Clinica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori.

Capitolo 17

Laura Gangeri, Ricercatrice in area psiconcologica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori.

Capitolo 18

Gaia Bassani, Ricercatore RTDB in Economia aziendale, Università degli Studi di Bergamo.

Capitolo 19

Paolo Giuseppe Cogliati, Direttore amministrativo, Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo.

Capitolo 20

Giacomo Boscagli, Dirigente, Regione Lombardia.

Finito di stampare nel mese di aprile 2022
presso Industria Grafica Vulcanica, Torre del Greco (NA)

Il volume nasce da e per i corsi di formazione manageriale per dirigenti di struttura complessa e per direttori di azienda sanitaria. Il suo obiettivo è sostenere i professionisti che si impegnano a imparare. Chi si assume tale onere ha infatti il dovere e il diritto di conoscere oggetti nuovi, memorizzarli, impararli, farli diventare strumenti della propria cassetta degli attrezzi. Un volume di materiali per la formazione è uno strumento utile per raggiungere tali obiettivi.

Queste considerazioni valgono ancor più nell'attuale fase storica, in cui gli effetti della pandemia sui sistemi sanitari e sociosanitari comportano la necessità di offrire ai professionisti percorsi e strumenti di formazione e aggiornamento solidi, utili a conoscere quanto necessario e al contempo capaci di essere declinati in modo innovativo. E la formazione si è da tempo confermata non solo come l'ambito di trasmissione di competenze gestionali, ma anche come una dimensione privilegiata di programmazione in cui il sistema sociosanitario si conosce, costruisce e innova. In questo contesto, il volume raccoglie le lezioni meglio strutturate di edizioni precedenti dei corsi e le offre come testi corredati da una sezione di sintesi e alcune domande di verifica dell'apprendimento.

Come ogni testo nato dalla sistematizzazione dell'attività didattica potrà essere integrato e aggiornato; anche per questo costituirà uno strumento di supporto nell'impegnativo ed entusiasmante compito di *Gestire la salute*.

€ 34,00 (i.i.)	ISBN 978-88-6250-855-1
	 9 788862 508551
www.guerini.it	