

LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Formazione manageriale
in sanità

a cura di

Alessandro Colombo
Marta Marsilio

prefazione di

Elio Borgonovi



a cura di

Alessandro Colombo, Marta Marsilio

La gestione delle Risorse Umane

Formazione manageriale in sanità

Prefazione di Elio Borgonovi



GUERINI
E ASSOCIATI

Il presente volume è stato concepito e realizzato nell'ambito dei corsi di formazione manageriale erogati da PoliS-Lombardia attraverso l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo. Gli autori dei capitoli sono stati coinvolti per svolgere lezione 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. Dopo la complessa lavorazione, il volume esce ora, a un anno dall'inizio della pandemia Covid-19.

Supervisione del progetto

Consiglio di Amministrazione PoliS-Lombardia: Leonida Miglio (presidente), Gianfranco Ragazzoli (vicepresidente), Giovanni Battista Magnoli Bocchi, Elena Tettamanzi, Lorenza Violini.

Comitato tecnico-scientifico PoliS-Lombardia: Leonida Miglio (presidente), Elio Borgonovi, Enrico Giovannini, Marco Leonardi, Lisa Licitra, Riccardo Nobile, Roberta Rabbellotti.

Comitato di coordinamento

Armando De Crinito (coordinatore), Federica Ancona, Alessandro Colombo, Antonio Dal Bianco, Silvana Fabrizio, Guido Gay, Annalisa Mauriello, Giampaolo Montaletti, Federico Rappelli, Giulia Tarantola, Raffaello Vignali.

©2021 Edizioni Angelo Guerini e Associati Srl
via Comelico, 3 – 20135 Milano
<http://www.guerini.it>
e-mail: info@guerini.it

Prima edizione: giugno 2021

Ristampa: V IV III II 2021 2022 2023 2024 2025

Copertina di Donatella D'Angelo

Printed in Italy

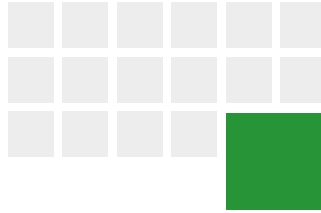
ISBN 978-88-6250-816-2

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.

Indice

- 7 – **Prefazione**
Elio Borgonovi
- 11 – **Introduzione**
Alessandro Colombo, Marta Marsilio
- 19 – **1. Regole contrattualistiche**
Alessandro Boscati, Luca Solari, Renato Ruffini
- 21 – 1.1 Principali disposizioni normative di fonte comunitaria, nazionale e contrattualistica
- 31 – 1.2 Principali elementi del rapporto di lavoro: pianificazione, programmazione, reclutamento e selezione del personale, struttura del rapporto di lavoro, trattamento economico
- 41 – 1.3 La contrattazione e le rappresentanze sindacali nei luoghi di lavoro e dell'ARAN
- 49 – 1.4 Accordi collettivi nazionali (ACN) del personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali)
- 57 – 1.5 Nuovi strumenti per la gestione delle risorse umane
- 65 – 1.6 I sistemi di controllo e l'internal auditing
- 73 – 1.7 Gestione delle risorse umane: allocazione, fabbisogno e rotazione, inidoneità, sistema degli incarichi
- 81 – **2. Gestione e sviluppo del personale e del team di lavoro**
Mara Bergamaschi, Federica Meriggi
- 83 – 2.1 I modelli di gestione delle risorse umane e le innovazioni organizzative in sanità
- 93 – 2.2 La gestione del personale: organizzazione del lavoro, sistema delle relazioni e sistemi operativi, i modelli di valutazione e gli indicatori di risultato
- 101 – 2.3 La formazione permanente e il sistema dei crediti formativi
- 111 – **3. Skills & behaviour**
Monica Cremonesi, Federico Lega, Alessandro Boscati, Luca Solari, Renato Ruffini
- 113 – 3.1 Il ruolo della comunicazione aziendale in sanità
- 123 – 3.2 Stili di direzione e leadership
- 131 – 3.3 Il benessere organizzativo quale strumento di engagement aziendale
- 139 – 3.4 La gestione dei conflitti
- 147 – 3.5 Mappatura delle competenze
- 153 – 3.6 Nuove competenze e gestione dei team multiprofessionali
- 161 – 3.7 La valutazione: analisi dei risultati ottenuti
- 169 – 3.8 I sistemi premianti
- 175 – 3.9 L'analisi delle performance nei team multiprofessionali
- 183 – 3.10 Il superamento del sistema dei ruoli contrattuali
- 193 – **4. La dirigenza**
Alessandro Boscati
- 195 – 4.1 Accesso alla qualifica e valutazione della dirigenza

- 203 – 4.2 Il rapporto di lavoro: funzioni e compiti
- 211 – 4.3 La mobilità dirigenziale
- 219 – 4.4 Il licenziamento
- 227 – 4.5 Il rapporto esclusivo e la gestione dell'attività libero-professionale intramuraria
- 235 – 4.6 Incarichi di struttura e incarichi professionali
- 245 – 4.7 Graduazione delle posizioni
- 253 – **5. Le professioni sanitarie**
Federico Lega, Carlo De Pietro
- 255 – 5.1 Le innovazioni proposte dal Patto per la Salute
- 265 – 5.2 Professioni sanitarie: modelli integrati o binari paralleli?
- 273 – 5.3 Ruolo dei professionisti dei ruoli medico e sanitario nelle aziende e agenzie
- 283 – **Autori**



Prefazione

Si può presentare questo volume parafrasando una frase che un CEO di una grande impresa statunitense disse a un mio collega qualche anno fa: «Tra l'alternativa di un'ottima strategia con mediocre attuazione e una strategia mediocre con ottima attuazione, io preferisco sempre la seconda». Si può dire che tra un'ottima organizzazione con mediocri conoscenze, capacità, competenze organizzative dei professionisti e una mediocre organizzazione con elevate conoscenze, capacità, competenze organizzative dei professionisti è preferibile la seconda.

Dimenticando questo principio, troppo spesso, anche nel Sistema sanitario nazionale, si è discusso e sono stati adottati provvedimenti finalizzati a definire modelli organizzativi trascurando l'evidenza di investire sulla integrazione delle conoscenze tecnico-professionali con quelle di carattere organizzativo. La conseguenza è quella di avere un sistema sanitario nel quale sono presenti molte eccellenze cliniche e professionali, mentre vi sono debolezze sul piano del funzionamento organizzativo. Il volume intende contribuire al superamento di questo limite con un messaggio che può essere sintetizzato nei seguenti termini: i professionisti della salute, medici, infermieri e altri, sono i pilastri della costruzione di un Sistema sanitario nazionale chiamato a garantire più elevati livelli di tutela della salute, ma devono essere sensibilizzati sul fatto che operano in sistemi organizzativi che possono esaltare o deprimere il loro potenziale.

Questo libro, nato nell'ambito di corsi manageriali rivolti a diverse figure, organizzati dall'Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo, ha il pregio di coniugare conoscenze teoriche dei docenti con l'esperienza pratica dei partecipanti. La finalità è quella di dare elementi teorici e pratici, non per progettare organizzazioni ottime in astratto,

ma per rafforzare le capacità di far funzionare nel concreto le aziende nelle quali diversi professionisti operano.

Gli autori, infatti, sono ben consapevoli dei vincoli normativi, finanziari e strutturali che rendono difficile progettare un'organizzazione di ASL/ASST/ATS, AO, AOU, IRCCS coerenti con la natura dei bisogni da soddisfare. Vincoli che sono richiamati nel primo capitolo (paragrafi 1.1. e 1.4), nel quale viene presentato, in modo organico, il quadro di riferimento legislativo e contrattuale che regola la gestione del personale e dal quale emerge la molteplicità e la frammentarietà dei diversi rapporti (personale dipendente, specialisti ambulatoriali, MMG/PLS convenzionati), che rendono difficile la gestione unitaria del personale. Per bilanciare questa realtà, già nel primo capitolo sono introdotti temi che possono consentire un miglioramento quali: strumenti innovativi di gestione del personale (1.5), sistemi di controllo interno e audit (1.6), stima del fabbisogno e utilizzo flessibile del personale (1.7).

Questi temi sono ripresi e sviluppati nel secondo capitolo, nel quale l'attenzione è posta in particolare sulla progettazione di modelli organizzativi innovativi, sui processi di sviluppo professionale, sulla valutazione e sulla formazione. Dai contenuti di questo capitolo emerge un messaggio: dirigenti in grado di coniugare la missione di tutela della salute con il contesto della propria azienda possono individuare soluzioni creative, pur nell'ambito di vincoli e contraddizioni del quadro normativo e contrattuale. Ciò è possibile ricostruendo il processo fisiologico che dovrebbe seguire ogni azienda, ossia partire dai bisogni reali di salute, ricostruire i più efficaci processi clinico assistenziali e definire l'efficiente allocazione del personale. Questo processo consentirà di superare i limiti dei decenni scorsi nei quali vi è stata una sedimentazione di interventi sul lato della struttura di offerta, in quanto cercare di migliorare le strutture e i processi organizzativi senza ripartire dalle caratteristiche dei bisogni/domanda di salute porta a complicazioni anche quando l'obiettivo dichiarato è quello della semplificazione.

Nel terzo capitolo vengono sviluppati e declinati, in modo puntuale, gli elementi dell'innovazione organizzativa, tra i quali: la comunicazione interna come strumento per connettere funzioni, posizioni e ruoli organizzativi finalizzandoli a obiettivi comuni (3.1); la leadership che deve connotare uno stile di direzione adatto ai sistemi professionali nei quali il modello di comando/controllo presenta limiti ben più rilevanti di quelli dei settori industriali (3.2) e il benessere organizzativo come condizione per una elevata motivazione intrinseca del personale (3.3), nonché per favorire una positiva gestione degli inevitabili conflitti organizzativi (3.4). I paragrafi 3.5 e 3.6 si focalizzano, invece, sulla conoscenza delle competenze come preconditione per progettare team multiprofessionali oltre che multidisciplinari. I paragrafi da 3.7 a 3.10 affrontano il tema delle valutazioni delle performance e dei sistemi premianti, analizzati nella prospettiva dell'organizzazione in team multiprofessionali e del superamento dei ruoli contrattuali. Le persone accettano il superamento dei ruoli formali solo quando percepiscono la motivazione di ordine superiore che è quella di garantire migliori livelli assistenziali. In questo senso può essere recuperato il concetto della «vocazione» che qualifica la professione di medici, infermieri e altri professionisti della salute.

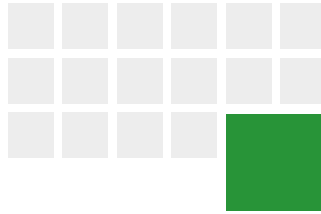
Il quarto capitolo è dedicato alle problematiche della dirigenza e si sviluppa partendo dall'accesso alla qualifica e dalle funzioni (4.1 e 4.2), prosegue con l'aspetto della mobilità della dirigenza (4.3), affronta temi di carattere contrattuale quali il licenziamento (4.4) e l'attività libero-professionale *intramoenia* (4.5). Si conclude, infine, con i criteri per l'attribuzione degli incarichi di responsabilità delle strutture (4.6) e la graduazione delle posizioni in relazione ai livelli di complessità e di responsabilità (4.7).

Il volume si conclude con l'analisi delle innovazioni proposte dal Patto per la Salute trattate nel capitolo 5.

In conclusione, si può sottolineare che il volume presenta una struttura e contenuti che, da un lato, consentono di costituire un solido pilastro per la formazione dei professionisti sul tema cruciale della valorizzazione delle persone e, dall'altro, è aperto al continuo miglioramento che sarà possibile realizzare dal confronto nei futuri corsi di formazione manageriale rivolti a medici, infermieri, altri professionisti della salute.

Buona lettura e buon utilizzo dei corsi di *Accademia*.

Elio Borgonovi
Milano, dicembre 2020



Introduzione

La pandemia e il sistema

La pandemia ha stravolto le modalità di organizzare l'erogazione dei servizi sanitari, con un grande impatto sulle risorse umane coinvolte nei diversi livelli e setting del sistema di assistenza sanitario (ospedaliero, territoriale, della prevenzione e salute pubblica, della medicina di famiglia). D'altro canto, la crisi sanitaria sta aprendo scenari inediti di sviluppo del sistema stesso, che richiederanno un ripensamento e un rafforzamento non solo nella composizione del personale, ma anche delle competenze richieste per gestire rinnovate modalità di articolazione dei servizi al fine di creare nuovo valore per i pazienti, per la salute pubblica e il sistema socio-economico nel suo complesso. Questa crisi, infatti, ha evidenziato come la «salute» sia un bene pubblico ad altissimo valore intrinseco, ma anche in grado di influenzare il valore sociale in senso molto più ampio. Di conseguenza, le strategie e le scelte operative che riguarderanno il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) rappresentano un volano per l'evoluzione futura del nostro Paese.

Per chi conosce il sistema sanitario e il suo funzionamento, le scelte adottate durante la pandemia dagli attori del SSN e dei diversi Sistemi Sanitari Regionali (SSR) sono risultate eccezionali per flessibilità dimostrata nell'adattamento delle strutture e per tempestività di adozione delle soluzioni e della loro messa in opera. L'urgenza dettata dalla pandemia ha richiesto un profondo coinvolgimento di tutti i professionisti e del personale amministrativo, favorendo lo sviluppo di forte senso di appartenenza al sistema e uno spirito di squadra, che ha azzerato le precedenti gerarchie e fatto prevalere sovente un approccio trasversale, multidisciplinare e multi-professionale alla gestione dei problemi.

Si può dire che un sistema tradizionalmente cresciuto e organizzato per gerarchie e linee prestazionali, è stato capace nell'emergenza di reinventare processi, priorità e interventi orientandoli ad un bisogno di salute: la salvezza delle persone ricoverate e l'assistenza ai pazienti infetti gestiti al domicilio. Questo grande sforzo, percepito e definito «eroico» per chi osservava dall'esterno, ha confermato l'elevata professionalità del personale del nostro SSN che, all'interno delle strutture e pure nella tragica fatica, si è sentito rimotivato perché ha fatto esperienza del senso profondo della propria professione. Questa esperienza positiva rischia di venire frustrata dal senso di impotenza percepito dai professionisti nella misura in cui le «lezioni» apprese durante la pandemia non venissero adeguatamente raccolte e trasformate in fattori di miglioramento strutturale, e non solo emergenziale.

Per la prima volta in tanti anni, le risorse finanziarie allocabili al SSN non sono // problema. L'attuale versione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) destina alla Missione Salute circa 20 miliardi di euro. Tali fondi sono destinati al rafforzamento dell'assistenza di prossimità e alla telemedicina (7,9 miliardi di euro) e all'innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria (11,82 miliardi di euro). Il programma di riforme è ambizioso e comprende il rafforzamento del sistema ospedaliero (in particolare attraverso un ammodernamento tecnologico delle strutture ospedaliere), di quello territoriale (con la creazione di «case di comunità» o comunque di luoghi e strumenti nuovi, che garantiscano setting assistenziali integrati per bisogni che sono contemporaneamente sanitari e sociali), la riforma del sistema di sanità pubblica per rafforzare resilienza, tempestività di risposta ad emergenze sanitarie, lo sviluppo della sanità digitale, il rafforzamento del personale del SSN. In particolare, si riconosce la necessità di associare a tali cambiamenti dei modelli organizzativi, la necessità di investire nelle conoscenze dei professionisti del sistema, integrando competenze tecnico-professionali, con competenze di carattere organizzativo (digitale e manageriale), allocando a questo obiettivo 1,51 miliardi euro.

La sfida del prossimo futuro sarà quindi quella di progettare percorsi di formazione orientati ai professionisti della salute (medici, infermieri ed altri) e ai manager delle aziende sanitarie al fine di rafforzarne tanto le competenze specifiche richieste per affrontare l'evoluzione indotta dalla pandemia, che elementi teorici e pratici per rafforzare le capacità di far funzionare nel concreto le aziende nelle quali i diversi professionisti operano.

In particolare, gli elementi che la pandemia ha evidenziato come fondamentali sono:

1. la centralità delle competenze cliniche dei professionisti intese non tanto e non solo come capacità di rimuovere o ritardare lo stato patologico, quanto anche e soprattutto competenze di assistenza e di gestione dei percorsi di salute delle persone;
2. la carenza di personale non ha a che fare solo con la mancanza numerica di personale laureato e specializzato, ma anche con la necessità di una nuova organizzazione della rete di offerta e con la revisione dei ruoli e delle funzioni tra i diversi profili professionali.

I rapporti contrattuali e la Medicina Generale

In ottica di valorizzazione del contributo che tutti i soggetti posso dare a cogliere questa sfida, è fondamentale una riflessione sul quadro giuridico di riferimento al fine di ottimizzare la gestione dei rapporti contrattuali con la molteplicità dei professionisti del mondo sanitario, tanto per il personale dipendente, che per coloro che collaborano con rapporti di lavoro flessibile, di natura subordinata o autonoma, nonché rapporti convenzionali (si pensi ai Medici di Medicina Generale - MMG e ai Pediatri di Libera Scelta - PLS), agli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professioni sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

In particolare, la profonda diversità con cui i MMG sono intervenuti nel supportare le aziende sanitarie nella risposta all'emergenza richiede una riflessione profonda sulla esperienza degli ultimi decenni. L'assetto delle cure primarie del nostro SSN è stato sfidato dalla pandemia sul piano clinico e organizzativo. Sul piano clinico, i MMG sono stati chiamati a contribuire alla risposta al bisogno di salute. Essi hanno riattivato il rapporto con gli specialisti ospedalieri e con la ricerca clinica, al fine di garantire una assistenza durante l'intero percorso di cura dei pazienti. Sul piano organizzativo, è maturata la necessità di un sistema di *accountability* per la medicina di famiglia attraverso un sistema di misurazione degli esiti di salute di cui finora non ha potuto disporre. Questo è quanto è emerso per esempio dalla riflessione condotta nel corso di formazione triennale alla Medicina Generale erogato da PoliS-Lombardia attraverso l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo. Diversi giovani tirocinanti hanno sottolineato il desiderio di confrontarsi con sistemi di misurazione degli esiti e di *accountability*, che incentivino l'impegno dei MMG nel prendersi carico dei bisogni di salute dei propri pazienti, anche attraverso la collaborazione con i colleghi specialisti ospedalieri. La collaborazione rinata in molti casi tra medicina ospedaliera e del territorio apre oggi la possibilità di superare l'apparente separazione tra questi due ambiti. Esiste anche una finestra di opportunità generazionale che nei prossimi quattro anni porterà a un ricambio del 70% circa dei MMG. Si apre quindi una stagione ad alto potenziale durante la quale, con minori resistenze di quanto finora accaduto, potranno essere discussi temi quali l'istituzionalizzazione interna alle Aziende Sanitarie Pubbliche in modo da favorire una più forte identità; la promozione di un sistema di *accountability* nei confronti del sistema; la progettazione e lo sviluppo di strumenti di coordinamento e integrazione più forti con le aziende sanitarie di riferimento; l'avvio di sperimentazioni che possano prevedere la Medicina Generale – come modalità di risposta ai bisogni dei pazienti – affidata a istituzioni pubbliche o private sotto la stretta governance del decisore pubblico.

Anche in questo caso, una prudente e ragionata osservazione di quanto avviene in altri contesti internazionali può essere d'aiuto per valorizzare l'autonomia e la responsabilità del MMG.

L'innovazione organizzativa

L'adozione di soluzioni organizzative trasversali per processi e percorsi – che superano la tradizionale articolazione organizzativa per livelli gerarchici, basati su team multidisciplinari

e multi-professionali, ha favorito la flessibilità delle risposte operative, superando le rigidità presenti nei modelli organizzativi aziendali. È necessario evitare che il ritorno alla normale operatività coincida con il riemergere delle tipiche logiche competitive e di *silos* dei contesti professionali, sull'allocazione delle risorse, sulla primazia nelle decisioni. È quindi fondamentale mantenere e rafforzare le forme di lavoro in squadra trasformandole in *routine* organizzative, rilanciare la cooperazione multidisciplinare e multi-professionale, consolidandone le modalità organizzative e facendo emergere i vantaggi, anche sul clima e sul benessere organizzative aziendale.

Sul piano delle forme organizzative interne, le aziende devono utilizzare sistemi di mappatura e gestione delle competenze specialistiche che consentano di mantenerle e valorizzarle nel corso del tempo, così come arricchirle con temi di gestione delle emergenze e delle epidemie. Tali contenuti sono utili anche per chi è coinvolto nella gestione di una crisi in altri ambiti (comunicazione, *operations*, approvvigionamenti, ufficio tecnico, ICT, ecc.) che non sono strettamente legati all'attività sanitaria, ma che hanno dimostrato di giocare un ruolo determinante nella gestione della pandemia.

In futuro sarà sempre più necessario consolidare l'esperienza di gestione delle emergenze maturata in questa epidemia, anche attraverso il *learning by doing*, strutturandola con percorsi di formazione finalizzati all'acquisizione di logiche e strumenti di *crisis management*, includendo anche i ruoli manageriali, al fine di analizzare i rischi per ambiti di azione e definire coerenti piani di risposta all'emergenza.

La leadership

Altro punto fondamentale rilanciato dalla crisi è la necessità dello sviluppo di leader in grado di assumere decisioni orientate al futuro. In gran parte del territorio, l'assunzione di decisioni coerenti con le necessità dell'urgenza è stata influenzata dai modelli organizzativi e manageriali che hanno caratterizzato le cabine di regia attivate dai SSR. Alcuni di questi hanno fortemente centralizzato le decisioni demandando alle aziende la loro applicazione, altre, pur delineando le principali linee di azione, hanno adottato un approccio più partecipativo, garantendo una maggiore autonomia alle aziende, in una logica di reciproco apprendimento. È ora fondamentale rafforzare le competenze carismatiche e strumentali dei leader, al fine di avere manager in grado tanto di produrre visioni e significati, semplificando ma non banalizzando i problemi complessi, fungendo da coach sia per facilitare lo sviluppo dei collaboratori, sia per controllare quotidianamente le attività e supervisionare in modo diretto i collaboratori.

La telemedicina

Quello che fino a ieri sembrava impossibile, è diventato normale in tempi di emergenza. La pandemia ha reso familiari strumenti tecnologici che avevamo a portata di mano, ma

che non erano stati utilizzati in maniera sistematica. Prima della pandemia tali strumenti erano percepiti spesso con diffidenza; sembravano per molti alternativi alla «autentica» assistenza, quella prestata con rapporto diretto con il paziente, non mediato dalla tecnologia. Il Covid-19 ha costretto tutti a confrontarsi con le potenzialità e opportunità offerte dalla telemedicina e anche i più riottosi hanno potuto sperimentare che si può assistere i proprio pazienti anche a distanza.

Certo, le riforme indotte dalla crisi richiederanno un fortissimo cambiamento nella modalità di progettare e implementare i servizi sottostanti, con un forte coinvolgimento dei dirigenti sanitari e dei manager delle aziende. Ad esempio, la rivoluzione digitale della sanità prevista nel PNRR non si conclude con l'acquisto di nuove tecnologie (dai kit per il monitoraggio domiciliare, ai sistemi per la digitalizzazione dei flussi amministrativi e clinici, alle grandi attrezzature); paradossalmente, la fase di investimento in tali dispositivi è il pezzo più semplice della «rivoluzione». L'introduzione di nuove soluzioni tecnologiche (dalla telemedicina al telemonitoraggio) rappresenta una opportunità per incrementare il valore (tanto per gli erogatori quanto per i pazienti/caregiver) dei servizi erogati e garantire una risposta efficace ed efficiente a problemi complessi nei diversi livelli di assistenza (ospedaliera, extra-ospedaliera, territoriale). Affinchè tali tecnologie possano davvero rendere più efficienti ed efficaci i servizi erogati tanto per il sistema che per i cittadini, è necessario un profondo cambiamento delle stesse modalità di erogazione dei servizi, con uno sforzo di riprogettazione dei servizi (chi fa cosa e come) e delle relative competenze richieste e non una semplice integrazione o modifica delle attività svolte attualmente. Lo sviluppo delle competenze non deve essere limitato agli erogatori (ossia gli specialisti e i medici che sono chiamati ad utilizzarle), ma anche e soprattutto da parte degli utenti (pazienti, loro caregiver nel caso di pazienti fragili o anziani). Sul fronte dei pazienti e dei loro caregiver, è fondamentale prevedere interventi di formazione *ad hoc* (tanto da immaginare requisiti di accreditamento delle Aziende – RSA, Centri Diurni, ecc. – che comprendano l'utilizzo delle tecnologie e percorsi di formazione dei propri utenti) e anche una continua attenzione a mantenere la compliance sull'utilizzo di tali strumenti.

Le professioni sanitarie

Per decenni le carriere formative, le discipline e le professioni sanitarie sono rimaste sostanzialmente separate; a tale separazione si accompagnava spesso l'appello tanto condiviso quanto retorico alla inter-disciplinarietà e inter-professionalità. Nell'emergenza si è scoperto che l'intelligenza collaborativa basata sui bisogni delle persone permette di superare la rigidità dei ruoli, delle funzioni e persino delle discipline. All'interno delle organizzazioni sanitarie sarà necessario riorganizzare percorsi e processi che portino ad una sempre maggiore integrazione ospedale-territorio, incluso il rilancio dell'ambito della prevenzione. In questo scenario le professioni sanitarie possono giocare un ruolo cruciale.

Per procedere con il rilancio dell'integrazione dei servizi, ora così frammentati e divisi

nella ormai superata polarizzazione semantica «ospedale – territorio», in particolare per gestire i pazienti fragili e cronici, sarà necessario investire anche nella definizione di nuovi ruoli come *discharge manager* per le dimissioni protette, infermieri di comunità/famiglia, immaginare un'evoluzione delle USCA (utili durante la crisi, ma palliative di un sistema che ha mostrato le sue carenze) creando team multi-professionali, che adeguatamente dotati di tecnologia digitale e perfettamente integrati con servizi di assistenza specializzati possano garantire un forte presidio dell'assistenza di cure primarie sul territorio.

Il ruolo della formazione

La formazione è un fondamentale volano di cambiamento. Ciò è vero in tutti i settori; ma nel sistema sanitario è di più immediata evidenza. Anche in questo caso la recente esperienza Covid consegna spunti sui quali riflettere, soprattutto in un testo che si rivolge a professionisti in formazione.

Il primo spunto è che il professionista sanitario generalmente desidera formarsi perché ne ha bisogno e vede nell'aggiornamento una condizione indispensabile per la propria attività. L'educazione continua in medicina è soprattutto una attitudine, più che un dovere. Lo hanno dimostrato i clinici e operatori sanitari che in questi mesi hanno ricercato e condiviso conoscenze; e ciò deve far riflettere sulla necessità di superare un certo approccio ispettivo alla educazione continua in medicina.

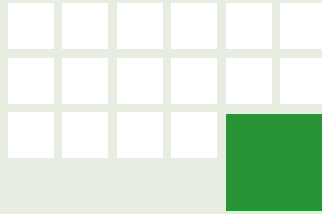
Il secondo spunto riguarda i percorsi di formazione clinica. Dopo anni di giustificati allarmi sulla carenza di medici, l'emergenza ci ha mostrato che a mancare sono anche e soprattutto gli infermieri. Essi sono pochi e, nonostante dispongano di percorsi universitari magistrali e di dottorati, svolgono ancora funzioni e responsabilità limitate, a confronto con altri contesti europei. La carenza di personale dipende dalla mancata programmazione, ma anche da come abbiamo costruito l'offerta e la formazione. Ad esempio: l'iperspecializzazione ha moltiplicato posti e scuole, ma frammentato gli interventi e gli approcci, moltiplicando il numero di specialisti necessari. Dall'altro lato, la stessa rete ospedaliera ha mostrato talvolta poca razionalità di sviluppo, con duplicazioni di servizi in zone contigue; a cascata, anche questo può indurre l'aumento della necessità di medici. Per quanto riguarda i medici, la pandemia ha evidenziato l'opportunità di ripensare l'articolazione e la gestione del percorso di formazione post laurea. L'emergenza ha aperto la possibilità ai giovani medici specializzandi di essere coinvolti in attività di gestione dei pazienti, dimostrando che sono medici a tutti gli effetti, che possono curare, toccare il paziente, agire con responsabilità ed efficacia. In futuro, superata l'emergenza, sarà necessario rivedere anche le modalità con cui pianificare il percorso di formazione specialistica, potenziando l'attività clinica svolta con adeguato tutoraggio nelle strutture sanitarie, con un maggior coordinamento tra il mondo universitario e il sistema sanitario.

Terzo spunto di riflessione riguarda la formazione manageriale obbligatoria dei professionisti che si dedicano al sistema. Essa non è un aspetto accessorio, ma un momento

direttamente connesso alla programmazione del sistema sanitario. Spesso la formazione è considerata uno strumento di approfondimento delle strategie e delle regole del sistema al fine di migliorarne la declinazione e l'applicazione; a volte come mero adempimento per ottenere requisiti di carriera. Essa invece rappresenta un momento essenziale della programmazione. Quando si crea uno spazio protetto e un tempo dedicato ai professionisti, quando si prende sul serio (e si fa loro prendere sul serio) la diffusione della conoscenza, si verifica fatto unico: i professionisti si ritrovano insieme a discutere il merito dei problemi del sistema nel quale operano. In questo modo, la formazione non è soltanto qualcosa che si trasmette, ma qualcosa che si genera nel confronto che avviene all'interno di quello spazio. Il sistema non è fatto solo di direttive e indicazioni da applicare, ma vive della rete dei professionisti, siano essi clinici o manager; vive della fantasia e della dedizione di questi professionisti. La formazione è il luogo per eccellenza nel quale questi clinici e manager si dedicano insieme all'analisi del merito dei problemi e della discussione delle possibili soluzioni in base alle proprie responsabilità. La formazione manageriale non è quindi solo l'ambito in cui si trasmettono le competenze gestionali, ma rappresenta la dimensione privilegiata in cui il sistema si conosce e si costruisce.

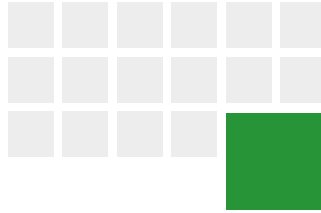
Questo, in fondo, è anche l'augurio e l'appello che sentiamo di rivolgere a chi partecipa ai corsi, sperando che questo volume possa risultare di qualche utilità e, soprattutto, che possa essere corretto, integrato, implementato proprio dal confronto di aula, dalla fiducia e dalle competenze che essa trasmette e genera a sua volta.

*Alessandro Colombo e Marta Marsilio
Milano, marzo 2021*



1

Regole contrattualistiche



1.1 Principali disposizioni normative di fonte comunitaria, nazionale e contrattualistica

Alessandro Boscati

1.1.1 Inquadramento generale del pubblico impiego nell'area della sanità (dipendenti e convenzionati, rapporti di lavoro atipici, livelli della contrattazione)

Il rapporto di lavoro del personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è ricompreso nell'ambito dell'ordinamento del lavoro pubblico contrattualizzato ed è disciplinato dal D.lgs. n. 165/2001 e, per quanto concerne il personale dirigenziale del ruolo sanitario, dal D.lgs. n. 502/1992 (cui devono aggiungersi le disposizioni del D.lgs. n. 517/1999 sui medici universitari; del D.lgs. n. 288/2003 sugli Ircs; oltre alle fonti regionali che ai sensi di quanto previsto dal Titolo V della Carta Costituzionale non possono però disciplinare il rapporto di lavoro in quanto materia riconducibile alla voce «ordinamento civile» di esclusiva competenza statale).

Il rapporto «tipico» è subordinato a tempo indeterminato e si costituisce con un contratto individuale sottoscritto dall'ente con il vincitore (o l'idoneo a seguito dello scorrimento della graduatoria) della procedura concorsuale. Una propria specificità presenta la disciplina del rapporto di lavoro del personale dirigenziale ove coesiste un contratto a tempo indeterminato e un incarico a termine (v. infra). Una disciplina peculiare è prevista per la nomina dei vertici aziendali (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore socio-sanitario) e per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa.

Oltre al rapporto di lavoro subordinato a tempo pieno e indeterminato, cui il legislatore attribuisce un valore centrale («per le esigenze connesse con il proprio fabbisogno ordinario, le pubbliche amministrazioni assumono esclusivamente con contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato»: art. 35 D.lgs. n. 165/2001), possono instaurarsi con gli enti del SSN

rapporti di lavoro flessibile, di natura subordinata (tempo determinato, tempo parziale, somministrazione di manodopera, contratti a contenuto formativo) [art. 36 D.lgs. n. 165/2001] o autonoma (lavoro occasionale, incarichi e collaborazioni coordinate e continuative) [art. 7, commi 6 e ss. D.lgs. n. 165/2001], come eccezione alla regola di carattere generale sopra richiamata e in presenza di precisi presupposti individuati dallo stesso legislatore, nonché rapporti convenzionali con i medici di medicina generale (MMG), con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, con i pediatri di libera scelta [art. 8 D.lgs. n. 502/1992] (v. 1.4).

Per la regolamentazione del rapporto di lavoro subordinato il legislatore opera un generale rinvio alle disposizioni del codice civile e alle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa (e, dunque, anche a tutte le disposizioni normative di derivazione «comunitaria»), ma fa salve le speciali disposizioni dettate per i dipendenti pubblici contenute nel D.lgs. n. 165/2001 e in altre leggi speciali a essi riferite, tra le quali in ambito sanitario il D.lgs. n. 502/1992 (cfr. art. 2, comma 2, D.lgs. n. 165/2001). Si tratta, dunque, di un'unificazione solo parziale tra pubblico e privato.

Un preciso ruolo regolatore è assegnato dal legislatore anche alla fonte collettiva. In merito è definito un articolato sistema di interrelazione tra la fonte legale e quella contrattuale. Si stabilisce che i rapporti di lavoro sono regolati contrattualmente, indicando quale ambito di operatività del contratto collettivo la disciplina del rapporto di lavoro e le relazioni sindacali, indicando le materie nelle quali la contrattazione collettiva può intervenire nei limiti previsti dalle norme di legge e quelle in ogni caso escluse dalla regolamentazione della fonte collettiva (v. 1.3).

Si precisa che contratti collettivi nazionali devono essere stipulati nel rispetto delle procedure indicate nel D.lgs. n. 165/2001 e riguardano un ambito di applicazione definito da un accordo collettivo quadro. Secondo quanto previsto dal contratto collettivo nazionale quadro del 13 luglio 2016 al personale dipendente dal SSN si applica il contratto collettivo del comparto sanità per il personale non dirigenziale, mentre per quello dirigenziale il contratto d'area della sanità disciplina i dirigenti medici, veterinari, odontoiatri e sanitari delle amministrazioni del comparto Sanità ivi compresi i dirigenti delle professioni sanitarie. I dirigenti amministrativi, tecnici e professionali sono, invece, ricompresi nel contratto d'area delle Funzioni Locali (su cui anche 4.1).

Il legislatore pone anche precisi vincoli per quanto concerne l'ambito di intervento del contratto integrativo che può intervenire tra i soggetti e nelle materie indicate dal contratto collettivo nazionale, fermo il rispetto dei vincoli finanziari (su cui 1.3).

Il contratto individuale deve assicurare parità di trattamento e condizioni economiche e normative non inferiori a quelle previste dai contratti collettivi, sì da escludere nella sostanza, a differenza di quello che è consentito nel settore privato, una negoziazione individuale volta a definire per il prestatore di lavoro condizioni migliorative rispetto a quanto previsto dalla legge e dalla contrattazione collettiva [art. 2, comma 3, D.lgs. n. 165/2001].

1.1.2 Applicazione L. 171/2016 sulla dirigenza

Il D.lgs. n. 171/2016 disciplina il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore sanitario, di direttore amministrativo e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie (e degli altri enti in cui si articola il sistema sanitario), con disposizioni applicabili anche alle aziende ospedaliere universitarie.

Per la nomina dei direttori generali è prevista l'istituzione presso il Ministero della Salute di un elenco nazionale dei soggetti idonei, da aggiornarsi ogni due anni (ma con iscrizione nell'elenco comunque valida per quattro anni), selezionati da una Commissione composta da cinque membri, nominabili una sola volta e con durata dell'incarico pari al tempo necessario alla formazione dell'elenco e all'espletamento delle attività connesse e consequenziali. A seguito della pubblicazione (sulla Gazzetta Ufficiale e sul sito internet del Ministero della Salute) di un avviso pubblico di selezione per titoli, possono presentare domanda di ammissione coloro che non abbiano compiuto sessantacinque anni di età e siano in possesso di specifici requisiti (diploma di laurea vecchio ordinamento, ovvero laurea specialistica o magistrale; comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie; attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria). I requisiti devono essere posseduti dai candidati alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione. Alle domande dovranno essere allegati il curriculum formativo e professionale e l'elenco dei titoli valutabili.

La Commissione procede alla valutazione dei titoli formativi e professionali e della comprovata esperienza dirigenziale assegnando un punteggio secondo parametri definiti nello stesso D.lgs. n. 171/2016 e criteri specifici predefiniti nell'avviso pubblico. Il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato è di 100 punti e possono essere inseriti nell'elenco nazionale i candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 70 punti. Il punteggio è assegnato ai soli fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale che è pubblicato secondo l'ordine alfabetico dei candidati senza l'indicazione del punteggio conseguito nella selezione. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza.

La seconda fase del procedimento è di competenza regionale. Le Regioni possono nominare direttori generali esclusivamente tra gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali. A tal fine ogni Regione deve rendere noto, con apposito avviso pubblico pubblicato sul proprio sito internet, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. La valutazione dei candidati per titoli e colloquio verrà affidata a una Commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione, secondo modalità e criteri definiti dalle Regioni la quale dovrà considerare anche gli eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza.

La Commissione propone al Presidente della Regione una rosa di candidati nell'ambito dei quali viene scelto quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nella rosa proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del SSN.

I provvedimenti di nomina, conferma o revoca dei direttori generali – il cui incarico ha una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque – sono motivati e pubblicati sul sito internet istituzionale della Regione e delle aziende o degli enti interessati, unitamente al curriculum del nominato, nonché ai curricula degli altri candidati inclusi nella rosa. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le Regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza.

Alla scadenza dell'incarico, ovvero, nelle ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, le Regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure fin qui evidenziate. La nuova nomina, in caso di decadenza e di mancata conferma, può essere effettuata anche mediante l'utilizzo degli altri nominativi inseriti nella rosa di candidati già presentata, relativa a una selezione svolta in una data non antecedente agli ultimi tre anni e purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, il commissario deve essere scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale.

Ai fini della valutazione dell'attività del direttore generale è necessario tener conto: a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con specifico riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi anche dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali; b) della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso la riduzione delle liste di attesa e la puntuale e corretta trasmissione dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell'appropriatezza prescrittiva; c) degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale; d) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente.

Trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la Regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi. In caso di esito negativo dichiara, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto. In caso di valutazione positiva procede alla conferma con provvedimento motivato. A questa ipotesi di decadenza si aggiungono quelle previste nel caso di ricorrenza di gravi e comprovati motivi, di una situazione di grave disavanzo imputabile al mancato raggiungimento degli obiettivi, o in caso di manifesta

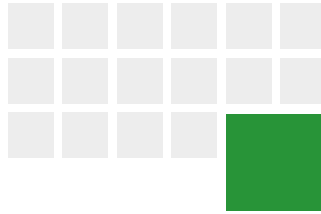
violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché di violazione degli obblighi in materia di trasparenza

I provvedimenti di decadenza devono essere comunicati al Ministero della Salute perché si proceda alla cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico. I direttori generali decaduti possono essere reinseriti nell'elenco esclusivamente previa nuova selezione.

Il procedimento di nomina del direttore sanitario, del direttore amministrativo e, ove previsto, del direttore dei servizi socio-sanitari, è solo in parte analogo, svolgendosi per intero in ambito regionale.

Il potere di nomina di tali figure – il cui incarico non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni – spetta al direttore generale, che vi provvede attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre Regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloqui, effettuati da una commissione nominata dalla Regione.

Con riguardo a questi incarichi, la sanzione della decadenza, da irrogare con provvedimento motivato, è prevista nella sola ipotesi di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, con conseguente risoluzione del contratto, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio.



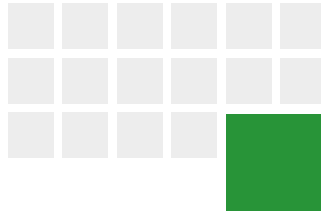
Sintesi

Il rapporto di lavoro del personale dipendente dal SSN è disciplinato dal D.lgs. n. 165/2001 e dal D.lgs. n. 502/1992 per il personale dirigenziale (nonché dal D.lgs. n. 517/1999 sui medici universitari; dal D.lgs. n. 288/2003 sugli Irccs).

Il rapporto «tipico» è subordinato a tempo indeterminato, si costituisce con un contratto individuale. Una propria specificità presenta la disciplina del rapporto di lavoro del personale dirigenziale ove coesiste un contratto a tempo indeterminato e un incarico a termine. Speciale e particolare è la disciplina per la nomina dei vertici aziendali (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore socio-sanitario) e per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa.

Oltre al rapporto di lavoro subordinato a tempo pieno e indeterminato possono instaurarsi con gli enti del SSN rapporti di lavoro flessibile, di natura subordinata o autonoma, nonché rapporti convenzionali con i MMG, con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, con i pediatri di libera scelta. Il rapporto di lavoro subordinato è regolato dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Una speciale disciplina è dettata per il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore sanitario, di direttore amministrativo e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie. I direttori generali sono nominati dalla Regione scegliendoli esclusivamente tra gli iscritti a un elenco nazionale. Il procedimento di nomina del direttore sanitario, del direttore amministrativo del direttore dei servizi socio-sanitari si svolge per intero in ambito regionale.



Ripasso

Qual è la fonte costitutiva del rapporto individuale di lavoro?

Il rapporto individuale di lavoro si costituisce con il vincitore del concorso. Una particolare disciplina è prevista per l'assegnazione degli incarichi di struttura complessa.

Qual è la fonte regolativa del rapporto di lavoro?

Il rapporto di lavoro è regolato dalla legge e dalla contrattazione collettiva, nazionale e integrativa. Le disposizioni normative sono le medesime che si applicano ai dipendenti del settore privato, fatte salve le specifiche disposizioni contenute nel D.lgs. n. 165/2001 e nel D.lgs. n. 502/1992.

Come viene individuato il direttore generale dell'Azienda sanitaria?

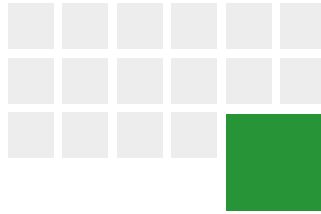
Il direttore generale è individuato sulla base di una disciplina che si articola in due fasi. Una prima fase è volta alla redazione di un albo nazionale in cui sono inseriti tutti i soggetti idonei a ricoprire il ruolo; una seconda fase si svolge a livello regionale e attiene all'individuazione del dirigente generale tra coloro che sono inseriti nell'elenco nazionale.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.

Pioggia A. (2017), «Le nomine dei vertici della sanità», *Giornale di Diritto Amministrativo*, pp. 733 ss.



1.2

Principali elementi del rapporto di lavoro: pianificazione, programmazione, reclutamento e selezione del personale, struttura del rapporto di lavoro, trattamento economico

Alessandro Boscati

1.2.1 Contrattualistica: principali istituti (comparto e dirigenza)

I contratti collettivi di comparto (per il personale non dirigenziale, quello del comparto sanità) e d'area dirigenziale (per i medici e più in generale per la dirigenza del ruolo sanitario, quello d'area sanità e per la dirigenza amministrativa, quello d'area funzioni locali) disciplinano il rapporto di lavoro del personale di riferimento e le relazioni sindacali a livello di singolo ente.

Il contratto di comparto sanità sottoscritto il 21 maggio 2018 è articolato in dieci titoli che possono essere suddivisi, dopo il primo che definisce «Applicazione, durata, tempi e decorrenza», in due macro-ambiti, riferiti rispettivamente alle relazioni sindacali e alla disciplina del rapporto di lavoro, con la regolamentazione di molteplici istituti.

Il secondo titolo, dedicato alla regolamentazione del sistema delle relazioni sindacali, disciplina le forme di partecipazione sindacale (informazione, confronto, confronto regionale, organismo paritetico per l'innovazione) e definisce i soggetti, le materie, i tempi e le procedure della contrattazione integrativa. I successivi titoli disciplinano gli istituti del rapporto di lavoro: il titolo III l'ordinamento professionale, con due capi dedicati rispettivamente alla revisione del sistema di classificazione del personale e alla disciplina degli incarichi funzionali; il titolo IV gli istituti del rapporto di lavoro (costituzione del rapporto, orario di lavoro, ferie e festività, permessi, assenze e congedi, mobilità e formazione del personale); il titolo V le tipologie flessibili del rapporto di lavoro (lavoro a tempo determinato, somministrazione a tempo determinato, lavoro a tempo parziale) definendo i presupposti e i limiti per il ricorso a tali tipologie contrattuali; il titolo VI la responsabilità disciplinare (definendo obblighi del dipendente, sanzioni disciplinari, compreso il licenziamento, e codice disciplinare, sospensione cautelare e rapporto

tra procedimento penale e procedimento disciplinare); il titolo VII l'estinzione del rapporto di lavoro definendo termini di preavviso e cause di cessazione del rapporto di lavoro; il titolo VIII il trattamento economico (definendo la struttura della retribuzione e gli incrementi tabellari, disciplinando e razionalizzando, in conformità all'indicazione del legislatore, i fondi, distinti in fondo per condizioni di lavoro e incarichi e fondo premialità e fasce, compreso l'impegno a definire misure per disincentivare il tasso di assenteismo del personale, regolamentando le indennità); il titolo IX disciplina quelli che sono definiti gli istituti normo-economici, ovvero welfare integrativo e trattamento di trasferta; l'ultimo titolo, il X, contiene disposizioni finali esplicitando disapplicazioni e conferme di precedenti disposizioni contrattuali.

Il contratto d'area dirigenziale sottoscritto in data 19 dicembre 2019 è articolato in nove titoli. Nel primo, recante le disposizioni generali, sono definiti «Applicazione, durata, tempi e decorrenza», cui segue un secondo dedicato alle relazioni sindacali. Il titolo III dedicato al «Rapporto di lavoro» è suddiviso in molteplici capi che contengono specifiche disposizioni riferite alle peculiarità del rapporto di lavoro dirigenziale (costituzione del rapporto di lavoro, sistema degli incarichi dirigenziali, orario e organizzazione della prestazione di lavoro, ferie e festività, assenze e congedi, formazione, mobilità, verifica e valutazione dei dirigenti, coperture assicurative, rischio clinico e patrocinio legale, responsabilità disciplinare).

Il titolo IV che disciplina gli istituti normo-economici (tra cui il welfare aziendale) è seguito da un quinto titolo dedicato al «Trattamento economico dei dirigenti» in cui ne sono disciplinate tutte le componenti (struttura della retribuzione, stipendio tabellare, retribuzione di posizione e di risultato, fondi, compensi correlati alle condizioni di lavoro).

Il titolo VI contiene disposizioni volte a disciplinare il rapporto di lavoro, mentre il successivo titolo VII disciplina le particolari tipologie del rapporto di lavoro (rapporto di lavoro a tempo determinato e rapporti di lavoro con impegno orario ridotto). Il titolo VIII concerne la libera professione intramuraria e precede il titolo IX di chiusura.

1.2.2 Modalità di reclutamento del personale

La procedura di reclutamento del personale non è disciplinata dal contratto collettivo, bensì dalla legge ed è assoggettata al regime pubblicistico. Il legislatore differenzia la procedura di dettaglio per l'accesso del personale del comparto e per il personale dirigenziale. Per i primi si applicano le previsioni del D.lgs. n. 165/2001 (art. 35) e quelle specifiche (DPR 220/2001 da applicare in conformità alle sopravvenute disposizioni normative); per i secondi occorre differenziare tra dirigenza amministrativa e dirigenza del ruolo sanitario. La disciplina dell'accesso alla qualifica di dirigente dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo è contenuta nell'art. 26 del D.lgs. n. 165/2001; la disciplina dell'accesso alla dirigenza medica e delle professioni sanitarie nel D.lgs. n. 502/1999 che rinvia per la disciplina del concorso al DPR n. 483/1997 e per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa al DPR 484/1997 (su cui 4.1). Sono tuttavia comuni i principi generali che disciplinano le procedure di accesso al ruolo. Alcune peculiarità attengono al conferimento degli incarichi di struttura complessa (v. 4.6).

L'art. 35 del D.lgs. n. 165/2001 prevede che l'assunzione nelle amministrazioni pubbliche avvenga con contratto individuale di lavoro tramite: *i*) procedure selettive; *ii*) avviamento degli iscritti nelle liste di collocamento ai sensi della legislazione vigente per le qualifiche e profili per i quali è richiesto il solo requisito della scuola dell'obbligo (facendo salvi gli eventuali ulteriori requisiti per specifiche professionalità). Per le assunzioni obbligatorie l'assunzione avviene mediante chiamata numerica degli iscritti nelle liste di collocamento ai sensi della vigente normativa, previa verifica della compatibilità dell'invaldità con le mansioni da svolgere.

Tuttavia quanto previsto dalla citata disposizione deve essere analizzato nel più ampio contesto normativo che prevede molteplici passaggi.

Il primo è costituito dalla programmazione di fabbisogno di personale da adottare compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio. Per le aziende e gli enti del SSN la programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivante da vincoli nazionali e regionali, costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni. I piani triennali dei fabbisogni di personale (PTFP) devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale. Una volta definita la programmazione del fabbisogno di personale, prima di procedere all'emanazione del bando per lo svolgimento della procedura concorsuale volta all'assunzione, le aziende devono attivare le procedure di mobilità (collettiva e individuale) e procedere allo scorrimento delle graduatorie riferite alle medesime posizioni per le quali è stata disposta l'assunzione. Il legislatore prevede che «le nuove assunzioni sono subordinate alla verificata impossibilità di ricollocare il personale in disponibilità», iscritto in appositi elenchi (c.d. mobilità collettiva) e, dopo questo primo adempimento, che le amministrazioni devono provvedere alla copertura di posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti appartenenti a una qualifica corrispondente e in servizio presso altre amministrazioni che facciano domanda di trasferimento. Nel caso in cui la vacanza di organico non sia stata ancora coperta si procede allo scorrimento delle graduatorie per l'assunzione degli idonei secondo le regole fissate dal legislatore. Le graduatorie rimangono vigenti per un termine di due anni dalla data di pubblicazione (sono fatti salvi i periodi di vigenza inferiori previsti da leggi regionali), ma nel corso degli anni il legislatore ne ha più volte prorogato la validità. La legge di bilancio 2020 (articolo 1, c. 147, della L. 160/2019), al fine di ripristinare gradualmente la suddetta durata triennale, ha previsto termini di durata specifici a seconda dell'anno di approvazione della graduatoria, con riferimento agli anni 2011-2019 (fatti salvi, anche in tal caso, i periodi di vigenza inferiori previsti da leggi regionali).

Qualora la posizione rimanga ancora vacante si procede con l'avvio della procedura concorsuale (sulla natura del bando v. 4.1.).

Le procedure di reclutamento si conformano ai principi: di adeguata pubblicità della selezione e modalità di svolgimento che garantiscano l'imparzialità e assicurino economicità e celerità di espletamento, ricorrendo, ove sia opportuno, all'ausilio di sistemi automatiz-

zati, diretti anche a realizzare forme di preselezione; dell'adozione di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali stabiliti in relazione alla posizione da ricoprire; del rispetto delle pari opportunità tra lavoratrici e lavoratori; di decentramento delle procedure di reclutamento; di composizione delle commissioni esclusivamente con esperti di provata competenza nelle materie di concorso; della possibilità di richiedere, tra i requisiti previsti per specifici profili o livelli di inquadramento, il possesso del titolo di dottore di ricerca, che deve essere prioritariamente valutato, ove pertinente, tra i titoli rilevanti ai fini del concorso. Nel reclutamento di personale mediante concorsi pubblici, le pubbliche amministrazioni (nel rispetto della programmazione triennale del fabbisogno, nonché del limite massimo complessivo del 50% delle risorse finanziarie disponibili ai sensi della normativa vigente in materia di assunzioni ovvero di contenimento della spesa di personale) possono inserire nei bandi norme volte a garantire una riserva di posti (nel limite massimo del 40%) in favore dei titolari di rapporti di lavoro a tempo determinato con la pubblica amministrazione con almeno (alla data di pubblicazione del bando) tre anni di servizio, nonché specifici benefici, con il riconoscimento di un apposito punteggio, in favore di coloro che hanno maturato (alla data di pubblicazione del bando) almeno tre anni di contratto di lavoro flessibile.

Con il vincitore del concorso si stipula il contratto di lavoro individuale che deve rivestire la forma scritta e in cui devono essere comunque indicati i seguenti elementi: *i*) tipologia del rapporto di lavoro; *ii*) data di inizio del rapporto di lavoro; *iii*) categoria, profilo professionale e livello retributivo iniziale; *iv*) attribuzioni corrispondenti alla posizione funzionale di assunzione previste dalle vigenti disposizioni legislative e regolamentari; *v*) durata del periodo di prova; *vi*) sede di prima destinazione dell'attività lavorativa; *vii*) termine finale in caso di rapporto di lavoro a tempo determinato.

Il contratto individuale deve specificare che il rapporto di lavoro è regolato dal contratto collettivo nazionale (CCNL) vigente anche per le cause di risoluzione del contratto e per i termini di preavviso. L'intervenuto annullamento o revoca della procedura di reclutamento è condizione risolutiva del contratto, senza obbligo di preavviso.

Con specifico riguardo alla struttura della retribuzione, il CCNL del comparto sanità prevede le seguenti voci: trattamento economico iniziale costituito: dallo stipendio tabellare iniziale, comprensivo dell'indennità integrativa speciale; dalla retribuzione individuale di anzianità; dalla fascia retributiva superiore, acquisita per effetto di progressione economica; ove spettante, da indennità professionale specifica; indennità correlate alle condizioni di lavoro; premi correlati alla performance organizzativa e individuale; compensi per lavoro straordinario; indennità d'incarico e indennità di coordinamento ad esaurimento.

1.2.3 Applicazione della L. 66/2003 e successiva L. 161/2014

Un aspetto peculiare attiene alla disciplina dell'orario di lavoro che merita un'autonoma e specifica trattazione. In conformità alla regola generale dell'art. 2, comma 2, del D.lgs. n.

165/2001 secondo cui ai dipendenti pubblici si applica la medesima disciplina dei dipendenti del settore privato in assenza di speciali disposizioni, anche il personale del SSN è assoggettato alla normativa del D.lgs. n. 66/2003. Le disposizioni legislative devono essere integrate con quelle dettate dalla fonte collettiva. Occorre ricordare che l'art. 14 della legge n. 161/2014 (entrata in vigore il 25 novembre 2015) aveva abrogato due deroghe alla direttiva comunitaria in tema di orari e riposi (comma 13 dell'articolo 41 della L. 133/2008 e comma 6-bis dell'articolo 17 del D.lgs. n. 66/2003). In virtù di queste previsioni, il personale del SSN poteva derogare alla durata massima di 48 ore dell'orario settimanale di lavoro (l'art. 41 riguardava solo la dirigenza sanitaria) e il riposo giornaliero di 11 ore ogni 24 lavorate (l'art. 17, si riferisce a tutto il ruolo sanitario compreso il comparto). La legge 161 aveva stabilito che per far fronte alla fine delle deroghe, Regioni e Province autonome «garantiscono la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane» ed attuando «processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi». Rinviava alla contrattazione collettiva la disciplina delle «deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del SSN [...] prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso».

In base alla disciplina vigente, l'orario di lavoro del personale del comparto è di 36 ore settimanali ed è articolato sulla base degli orari di apertura al pubblico e delle esigenze del servizio. L'orario di lavoro è sempre articolato in modo da ottimizzare le risorse umane, migliorare le prestazioni, fornire una risposta adeguata al cittadino e migliorare i rapporti con le varie strutture.

L'orario di lavoro è articolato su cinque o sei giorni, con turni rispettivamente di 7 ore e 12 minuti per 5 giorni alla settimana, oppure di 6 ore se è articolato su 6 giorni lavorativi.

L'articolazione del lavoro del dipendente sulle ventiquattro ore prevede nella settimana un monte ore minimo di 28 ore, fino a un massimo di 44 ore.

L'articolazione dell'orario di lavoro persegue gli obiettivi di ottimizzazione delle risorse umane; di miglioramento della qualità della prestazione; di ampliamento della fruibilità dei servizi in favore dell'utenza particolarmente finalizzato all'eliminazione delle liste di attesa; di miglioramento dei rapporti funzionali con altre strutture, servizi e altre amministrazioni pubbliche; di erogazione dei servizi sanitari e amministrativi nelle ore pomeridiane per le esigenze dell'utenza.

Il D.lgs. n. 66/2003 prevede che a ogni dipendente sia assicurato un riposo di ventiquattro ore continuative ogni settimana; qualora questo non sia possibile per esigenze o problematiche di servizio, il dipendente ha diritto a un riposo di due giorni consecutivi in quindici giorni.

Tra un turno e l'altro, devono essere rispettate necessariamente le undici ore di riposo giornaliero.

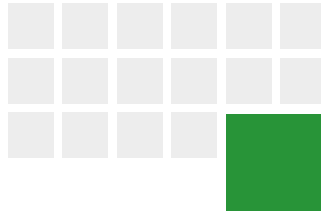
Qualora la prestazione di lavoro giornaliera ecceda le sei ore, il personale, purché non in turno, ha diritto a beneficiare di una pausa di almeno 30 minuti per il recupero delle energie psicofisiche e della eventuale consumazione del pasto. La durata della pausa viene definita in base alla tipologia di lavoro e della sede lavorativa.

Al dipendente può essere richiesto lo svolgimento di prestazioni di lavoro straordinario, da intendersi come tutte le ore lavorate che eccedono il monte ore settimanale o mensile. Lo straordinario non deve essere utilizzato come fattore ordinario della programmazione del lavoro, ma come una condizione eccezionale e straordinaria. Il lavoro straordinario deve essere utilizzato qualora vi siano effettive esigenze di servizio e deve essere previamente autorizzato dal responsabile. Ogni dipendente non può superare annualmente le 180 ore di straordinario. Se sussistono condizioni particolarmente eccezionali, questo limite può essere portato a 250 ore massime all'anno.

Il lavoro straordinario può essere, a richiesta del dipendente, retribuito oppure recuperato con riposi da fruire, entro 4 mesi, compatibilmente con le esigenze della struttura di appartenenza. Per lo svolgimento del lavoro straordinario è prevista una maggiorazione del 15% per il lavoro straordinario diurno; una maggiorazione del 30% per il lavoro straordinario nei giorni festivi o in orario notturno (dalle 22 alle 6); una maggiorazione del 50% per il lavoro straordinario prestato in orario notturno festivo.

L'attività prestata in un giorno festivo infrasettimanale dà diritto, su richiesta del dipendente, a un riposo compensativo equivalente o al compenso con la maggiorazione prevista per il lavoro straordinario festivo. Lo stesso vale per l'attività eseguita in un giorno feriale non lavorativo, qualora il dipendente abbia un'articolazione del lavoro su cinque giorni.

Una specifica disciplina concerne la pronta disponibilità che consiste nell'immediata reperibilità del dipendente che viene chiamato al lavoro. I turni in pronta disponibilità sono previsti nelle unità organizzative che non sono aperte sulle ventiquattro ore, ma che possono svolgere la loro attività su chiamata, anche durante la notte o i giorni festivi. Sono previsti anche nei servizi in cui è necessario affrontare situazioni di emergenza. La pronta disponibilità deve essere limitata ai turni festivi e notturni. Ogni dipendente non può coprire più di sei turni in reperibilità al mese. Il dipendente, qualora venga chiamato a coprire il turno in pronta disponibilità, ha l'obbligo di presentarsi sul posto di lavoro nel minor tempo possibile. La reperibilità dà diritto a una specifica indennità.



Sintesi

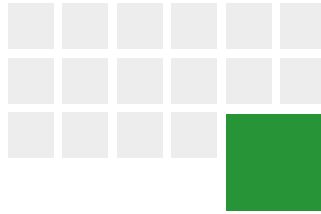
I contratti collettivi di comparto (per il personale non dirigenziale, quello del comparto sanità) e d'area dirigenziale (per i medici e più in generale per la dirigenza del ruolo sanitario, quello d'area sanità e per la dirigenza amministrativa, quello d'area funzioni locali) disciplinano il rapporto di lavoro del personale di riferimento e le relazioni sindacali a livello di singolo ente.

La procedura di reclutamento del personale è disciplinata dalla legge ed è assoggettata al regime pubblicistico. Il legislatore differenzia la procedura di dettaglio per l'accesso del personale del comparto e per il personale dirigenziale. Per i primi si applicano le previsioni del D.lgs. n. 165/2001 (art. 35) e quelle specifiche (DPR 220/2001 da applicare in conformità alle sopravvenute disposizioni normative); per i secondi occorre differenziare tra dirigenza amministrativa e dirigenza del ruolo sanitario. La disciplina dell'accesso alla qualifica di dirigente dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo è contenuta nell'art. 26 del D.lgs. n. 165/2001; la disciplina dell'accesso alla dirigenza medica e delle professioni sanitarie nel D.lgs. n. 502/1999 che rinvia per la disciplina del concorso al DPR n. 483/1997 e per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa al DPR 484/1997.

In linea generale la procedura concorsuale che deve seguire i principi dettati dal legislatore (tra i quali in particolare pubblicità, imparzialità, economicità) può essere attivata dopo che vi sia stata la preventiva programmazione di personale e che siano state esperite le procedure di mobilità collettiva, di mobilità individuale e lo scorrimento delle graduatorie.

Una particolare disciplina è dettata in materia di orario di lavoro. In particolare si prevede che l'articolazione dell'orario di lavoro deve perseguire gli obiettivi di ottimizzazione delle risorse umane; di miglioramento della qualità della prestazione; di ampliamento della fruibilità dei servizi in favore dell'utenza particolarmente finalizzato all'eliminazione delle liste di atte-

sa; di miglioramento dei rapporti funzionali con altre strutture, servizi e altre amministrazioni pubbliche; di erogazione dei servizi sanitari e amministrativi nelle ore pomeridiane per le esigenze dell'utenza. Una propria specificità assumono le disposizioni della contrattazione collettiva relative all'istituto della pronta disponibilità.



Ripasso

Quali sono i contratti collettivi che disciplinano il rapporto di lavoro in Sanità?

Il rapporto di lavoro del personale non dirigenziale è disciplinato dal contratto di comparto della sanità. Il rapporto di lavoro dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie è disciplinato dal contratto d'area dirigenziale della sanità. Il rapporto di lavoro della dirigenza amministrativa dal contratto d'area funzioni locali.

Quali sono i principi cui devono conformarsi le procedure concorsuali?

Le procedure di reclutamento si conformano ai seguenti principi: adeguata pubblicità della selezione; modalità di svolgimento che garantiscano l'imparzialità e assicurino economicità e celerità di espletamento; adozione di meccanismi oggettivi e trasparenti, idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali stabiliti in relazione alla posizione da ricoprire; rispetto delle pari opportunità tra lavoratrici e lavoratori; decentramento delle procedure di reclutamento; composizione delle commissioni esclusivamente con esperti di provata competenza nelle materie di concorso.

Quali sono le disposizioni di riferimento per la disciplina dell'orario di lavoro?

La disciplina dell'orario di lavoro è contenuta nel D.lgs. n. 66/2003, nonché nelle disposizioni del contratto collettivo applicabile che definisce l'orario settimanale, il lavoro a turni, i riposi e istituti specifici, quale quello di pronta disponibilità.

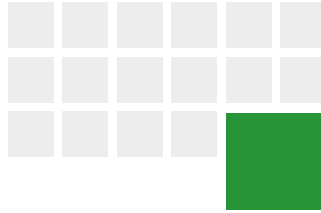
Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Boscati A. (2017), «È incostituzionale la legge regionale che per il personale sanitario deroga alle disposizioni statali in materia di orario di lavoro e di limiti all'assunzione a tempo determinato», *Diritto delle Relazioni Industriali*, pp. 1175 ss.

Boscati A. (2018), «La specialità del lavoro pubblico: fonti legali e fonti contrattuali nella progressiva evoluzione del sistema normativo tra organizzazione e disciplina del rapporto di lavoro», *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 3, pp. 1 ss.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



1.3 La contrattazione e le rappresentanze sindacali nei luoghi di lavoro e dell'ARAN

Alessandro Boscati

1.3.1 Gestione delle relazioni sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali include due forme: la contrattazione collettiva e la partecipazione sindacale, quest'ultima suddivisa dopo l'ultimo contratto collettivo di comparto in quattro modalità: informazione, confronto, confronto regionale e organismo paritetico per l'innovazione.

Secondo quanto previsto dall'art. 40 del D.lgs. n. 165/2001 la contrattazione collettiva disciplina il rapporto di lavoro e le relazioni sindacali.

La contrattazione collettiva è esclusa per i profili attinenti l'organizzazione degli uffici; nelle materie oggetto di partecipazione sindacale; nelle materie afferenti a specifiche prerogative dirigenziali relative ai poteri di organizzazione, nonché alle funzioni connesse agli uffici dirigenziali generali e ai compiti e poteri propri nell'ambito delle responsabilità di indirizzo; in materia di conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali; per i profili inerenti all'affidamento delle controversie di lavoro riguardanti i pubblici dipendenti.

La contrattazione collettiva è consentita nei limiti previsti dalla legge nelle materie relative alle sanzioni disciplinari, alla valutazione delle prestazioni ai fini della corresponsione del trattamento accessorio, alla mobilità.

Il legislatore prevede che i contratti collettivi debbano inserire clausole che impediscono incrementi delle risorse destinate ai trattamenti economici accessori nei casi in cui i dati sulle assenze di personale, rilevati a consuntivo, presentino significativi scostamenti rispetto a dati medi annuali nazionali o di settore (anche con riferimento alla concentrazione in determinati periodi in cui è necessario assicurare continuità nell'erogazione dei servizi all'utenza

o, comunque, in continuità con le giornate festive e di riposo settimanale); il legislatore attribuisce alla fonte collettiva anche il compito di procedere al riordino, alla razionalizzazione e alla semplificazione delle discipline in materia di dotazione e utilizzo dei fondi destinati alla contrattazione integrativa.

Il legislatore, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 39 della Costituzione, prevede che la contrattazione collettiva disciplini, in coerenza con il settore privato, la struttura contrattuale, i rapporti tra i diversi livelli e la durata dei contratti collettivi nazionali e integrativi. La durata viene stabilita in modo che vi sia coincidenza fra la vigenza della disciplina giuridica e di quella economica. I livelli di contrattazione sono tre: il livello quadro relativo ad accordi su materie comuni a vari comparti o aree, ovvero tra aree e comparti; il contratto di comparto o d'area dirigenziale e il contratto integrativo. I soggetti negoziali del contratto nazionale sono, per la parte pubblica, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e, per la parte sindacale, i sindacati rappresentativi, ovvero le organizzazioni sindacali che nell'ambito del comparto raggiungono una rappresentatività pari al 5% come media tra dato elettorale e dato associativo.

Tramite appositi accordi tra l'ARAN e le confederazioni rappresentative, sono definiti (senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica) fino ad un massimo di quattro comparti di contrattazione collettiva nazionale (nell'ambito dei quali possono essere costituite apposite sezioni contrattuali per specifiche professionalità), cui corrispondono non più di quattro separate aree per la dirigenza (un'apposita sezione contrattuale di un'area dirigenziale riguarda la dirigenza del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale). In attuazione di ciò, il 13 luglio 2016, ARAN e le organizzazioni sindacali rappresentative hanno sottoscritto l'accordo quadro per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale. In base a tale accordo i nuovi comparti sono: funzioni centrali (nel quale confluiscono i comparti ministeri, agenzie fiscali, enti pubblici non economici ed altri enti); funzioni Locali (che corrisponde al comparto Regioni-autonomie locali); istruzione e ricerca (nel quale sono compresi i comparti scuola, accademie e conservatori, università, enti pubblici di ricerca ed altri enti); sanità. Le nuove aree dirigenziali sono: area delle funzioni centrali, comprendente i dirigenti delle amministrazioni che confluiscono nel comparto funzioni centrali, cui si aggiungono i professionisti e i medici degli enti pubblici non economici; area delle funzioni locali, nella quale trovano collocazione i dirigenti degli enti del comparto funzioni locali, i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali degli enti ed aziende del comparto sanità, i segretari comunali e provinciali; area dell'istruzione e della ricerca, comprendente i dirigenti del comparto istruzione e ricerca; area della sanità, all'interno della quale sono collocati i dirigenti degli enti ed aziende del comparto sanità, ad eccezione dei dirigenti amministrativi, tecnici e professionali.

Per quanto concerne le forme di partecipazione sindacale, l'art. 9 del D.lgs. n. 165/2001 prevede che «i contratti collettivi nazionali disciplinano le modalità e gli istituti della partecipazione».

A seguito della novella del 2017, il contratto collettivo del comparto sanità sottoscritto il 21 maggio 2018, dopo aver evidenziato che la partecipazione sindacale è finalizzata a

instaurare forme costruttive di dialogo tra le parti, su atti e decisioni di valenza generale delle aziende ed enti, in materia di organizzazione o aventi riflessi sul rapporto di lavoro ovvero a garantire adeguati diritti di informazione, prevede quali forme di partecipazione: l'informazione, consistente nella trasmissione di dati ed elementi conoscitivi da parte dell'azienda o ente al fine di consentire alle organizzazioni sindacali di prendere conoscenza della questione trattata e di esaminarla; il confronto, definito quale dialogo approfondito al fine di consentire alle organizzazioni sindacali di esprimere valutazioni esaustive e di partecipare costruttivamente alla definizione delle misure che l'azienda o ente intende adottare; il confronto regionale, indicato quale dialogo per materie di competenza regionale e, infine, l'organismo paritetico per l'innovazione, qualificato quale modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'azienda o ente.

A differenza delle previsioni del contratto collettivo che sono direttamente produttrici di effetti giuridici vincolanti sul rapporto di lavoro dal giorno successivo alla sua sottoscrizione, le risultanze delle forme di partecipazione sindacale devono essere recepite con un atto unilaterale dell'amministrazione.

1.3.2 Contratti Integrativi Aziendali

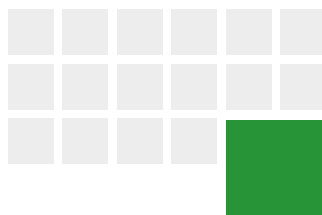
La contrattazione integrativa si svolge sulle materie, con i vincoli e nei limiti stabiliti dai contratti collettivi nazionali, tra i soggetti e con le procedure negoziali ivi previsti. La parte datoriale è rappresentata dalla delegazione di parte pubblica; la parte sindacale dalla rappresentanza sindacale unitaria (RSU) e dai sindacati territoriali dei sindacati nazionali che hanno stipulato il CCNL. Essa assicura adeguati livelli di efficienza e produttività dei servizi pubblici, incentivando l'impegno e la qualità della performance, destinandovi, per l'ottimale perseguimento degli obiettivi organizzativi e individuali, una quota prevalente delle risorse finalizzate ai trattamenti economici accessori comunque denominati. La contrattazione integrativa può avere ambito territoriale e riguardare più amministrazioni.

Le pubbliche amministrazioni non possono in ogni caso sottoscrivere in sede decentrata contratti collettivi integrativi in contrasto con i vincoli e con i limiti contenuti nei contratti collettivi nazionali o che disciplinano materie non espressamente delegate a tale livello negoziale, ovvero che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione. In particolare, il legislatore dispone la nullità delle clausole contrattuali definite in sede di contrattazione integrativa in violazione dei vincoli e dei limiti di competenza imposti dalla contrattazione nazionale o dalle norme di legge, nonché la loro sostituzione automatica ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, c.c.

In caso di superamento accertato di vincoli finanziari, il legislatore dispone l'obbligo di recupero nell'ambito della sessione negoziale successiva, con quote annuali e per un numero massimo di annualità corrispondente a quelle in cui si è verificato il superamento di tali vincoli. Al fine di non pregiudicare l'ordinata prosecuzione dell'attività amministrativa delle

amministrazioni interessate, la quota del recupero non può eccedere il 25% delle risorse destinate alla contrattazione integrativa e il numero di annualità di cui al periodo precedente, previa certificazione degli organi di controllo, è corrispondentemente incrementato. In alternativa, le Regioni e gli enti locali possono prorogare il termine per procedere al recupero delle somme indebitamente erogate, per un periodo non superiore a cinque anni, a condizione che adottino o abbiano adottato le misure di contenimento della spesa di cui all'art. 4, c. 1, del DL 16/20142, dimostrino l'effettivo conseguimento delle riduzioni di spesa previste dalle predette misure, nonché il conseguimento di ulteriori riduzioni di spesa derivanti dall'adozione di misure di razionalizzazione relative ad altri settori, anche con riferimento a processi di soppressione e fusione di società, enti o agenzie strumentali.

I contratti collettivi nazionali definiscono il termine delle sessioni negoziali in sede decentrata. Alla scadenza del termine le parti riassumono le rispettive prerogative e libertà di iniziativa e decisione. Nel caso in cui il protrarsi delle trattative per la sottoscrizione di un contratto integrativo rischi di pregiudicare la funzionalità dell'azione amministrativa, l'amministrazione interessata alla conclusione dell'accordo può, nel rispetto dei principi di correttezza e buona fede, provvedere, in via provvisoria, sulle materie oggetto del mancato accordo e nel contempo proseguire la trattativa per pervenire in tempi celeri alla sottoscrizione del contratto. Agli atti disposti in via unilaterale dall'amministrazione si applicano le procedure di controllo di compatibilità economico-finanziarie stabilite dalla legge per la contrattazione integrativa. La legge riconosce la possibilità per la contrattazione nazionale di individuare un termine minimo di durata delle sessioni negoziali in sede decentrata decorso il quale l'amministrazione interessata può in ogni caso provvedere, in via provvisoria, sulle materie oggetto del mancato accordo. È istituito presso l'ARAN, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un osservatorio a composizione paritetica con il compito di monitorare i casi e le modalità con cui ciascuna amministrazione adotta gli atti di cui al primo periodo. L'osservatorio verifica altresì che tali atti siano adeguatamente motivati in ordine alla sussistenza del pregiudizio alla funzionalità dell'azione amministrativa. Ai componenti non spettano compensi, gettoni, emolumenti, indennità o rimborsi di spese comunque denominati.



Sintesi

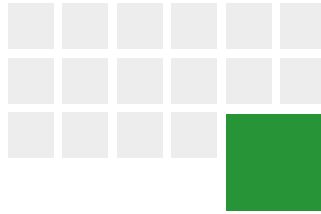
Il sistema delle relazioni sindacali include due forme: la contrattazione collettiva e la partecipazione sindacale, quest'ultima suddivisa dopo l'ultima tornata contrattuale in quattro modalità: informazione, confronto, confronto regionale e organismo paritetico per l'innovazione.

La contrattazione collettiva è esclusa per i profili organizzativi, mentre per quanto concerne il rapporto di lavoro è consentita nei limiti previsti dalla legge nelle materie relative alle sanzioni disciplinari, alla valutazione delle prestazioni ai fini della corresponsione del trattamento accessorio, alla mobilità.

I soggetti negoziali del contratto nazionale sono per la parte pubblica l'ARAN e per la parte sindacale i sindacati rappresentativi, ovvero le organizzazioni sindacali che nell'ambito del comparto raggiungono una rappresentatività pari al 5% come media tra dato elettorale e dato associativo.

La contrattazione integrativa si svolge sulle materie, con i vincoli e nei limiti stabiliti dai contratti collettivi nazionali, tra i soggetti e con le procedure negoziali ivi previsti (la parte datoriale è costituita dalla delegazione di parte pubblica; la parte sindacale dalla RSU e dai sindacati territoriali dei sindacati nazionali che hanno stipulato il CCNL) ed è volta ad assicurare adeguati livelli di efficienza e produttività dei servizi pubblici, incentivando l'impegno e la qualità della performance, destinandovi, per l'ottimale perseguimento degli obiettivi organizzativi e individuali, una quota prevalente delle risorse finalizzate ai trattamenti economici accessori comunque denominati. Le pubbliche amministrazioni non possono in ogni caso sottoscrivere in sede decentrata contratti collettivi integrativi in contrasto con i vincoli e con i

limiti contenuti nei contratti collettivi nazionali o che disciplinano materie non espressamente delegate a tale livello negoziale, ovvero che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione.



Ripasso

Quali sono le forme di relazioni sindacali?

Il sistema delle relazioni sindacali include due forme, la contrattazione collettiva e la partecipazione sindacale, quest'ultima suddivisa in informazione, confronto, confronto regionale e organismo paritetico per l'innovazione.

Quali sono i soggetti e le materie negoziabili in sede nazionale?

Per la parte pubblica è l'ARAN e per la parte sindacale sono i sindacati rappresentativi, ovvero le organizzazioni sindacali che nell'ambito del comparto (o dell'area) raggiungono una rappresentatività pari al 5% come media tra dato elettorale e dato associativo. La contrattazione è esclusa per i profili organizzativi, mentre per quanto concerne il rapporto di lavoro è consentita nei limiti previsti dalla legge nelle materie relative alle sanzioni disciplinari, alla valutazione delle prestazioni ai fini della corresponsione del trattamento accessorio, alla mobilità.

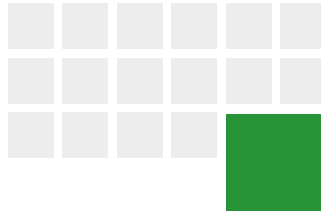
Quali sono i soggetti e le materie negoziabili in sede integrativa?

La parte datoriale è costituita dalla delegazione di parte pubblica, mentre la parte sindacale dalla RSU e dai sindacati territoriali dei sindacati nazionali che hanno stipulato il CCNL. La contrattazione integrativa si svolge sulle materie, con i vincoli e nei limiti stabiliti dai contratti collettivi nazionali.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Boscati A. (2019), «Le relazioni sindacali nel lavoro pubblico contrattualizzato all'indomani della c.d. Riforma Madia», *Diritto del mercato del lavoro*, pp. 17 ss.



1.4 Accordi collettivi nazionali (ACN) del personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali)

Alessandro Boscati

1.4.1 Principali istituti e accordi integrativi regionali e comitati aziendali

Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e i medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) configura un rapporto privatistico di lavoro autonomo-professionale con i connotati della cosiddetta parasubordinazione, caratterizzato da una collaborazione coordinata e continuativa regolata dal diritto privato. Ne deriva che l'azienda non può esercitare alcun potere autoritativo diretto sul medico convenzionato all'infuori di quello di sorveglianza. Le eventuali controversie sono di competenza del giudice ordinario; la competenza del giudice amministrativo sussiste solo nella fase di stipula della convenzione tra medici e l'azienda in cui il medico può ricorrere per denunciare eventuali vizi o irregolarità nella formazione del contratto. Il rapporto è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale che ne definiscono compiti e retribuzione. La contrattazione regionale o locale può essere esercitata solo nei limiti fissati da detti accordi collettivi nazionali che possono essere integrati, ma non modificati.

Oggi constano tre Accordi collettivi nazionali (ACN): l'accordo per la medicina generale; per la pediatria e per la medicina specialistica. Ognuno in apertura definisce il proprio ambito di applicazione definendo compiti e funzioni del personale convenzionato a essi riferibile.

La parte pubblica dell'ACN è rappresentata dalla SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati), istituita dall'art. art. 52, comma 27, della legge n. 289/2012 ed è costituita dai rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamen-

te alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Ministero della Salute, designati dai rispettivi ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del D.lgs. n. 165/2001 (ovvero tenendo conto di quanto previsto per la contrattazione collettiva del pubblico impiego contrattualizzato).

La parte sindacale è costituita dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative secondo le regole fissate dagli accordi collettivi nazionali e ove come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito è preso il piano nazionale.

Sono previsti tre livelli di contrattazione: il livello negoziale nazionale; il livello negoziale regionale; il livello negoziale aziendale. Come già evidenziato i tre livelli di negoziazione devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V della Costituzione, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.

Il livello negoziale nazionale si caratterizza quale momento organizzativo del sistema (e per l'ACN medicina specialistica anche quale elemento unificante del SSN), nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori. Esso si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio: la definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza; la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale; la responsabilità delle istituzioni, Regioni e aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale e in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale. Gli ACN medicina generale e pediatria specificano che gli accordi regionali realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza. I medesimi ACN elencano anche le materie demandate al livello regionale (oltre ai rinvii desumibili dai singoli articoli), fornendo indicazioni in merito a quelli che devono essere i contenuti, necessari ed eventuali, degli accordi regionali; l'ACN medicina specialistica non contiene tale elencazione, dovendosi ricavare solo nell'ambito dei singoli articoli le materie demandate al livello regionale. In particolare agli accordi regionali è attribuito il compito di disciplinare anche la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale.

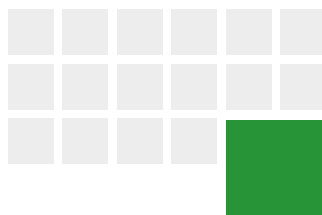
Tutti gli ACN prevedono la costituzione in ciascuna regione di un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle organizzazioni

sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale (con alcune differenze per quanto concerne l'individuazione dei soggetti che ne devono fare parte). Tale comitato, tranne che per l'ACN medicina specialistica, è preposto alla definizione degli accordi regionali, nonché alla formulazione di proposte e di pareri sulla corretta applicazione delle previsioni dell'accordo nazionale e di quelli regionali (per l'ACN medicina specialistica sulla programmazione sanitaria regionale, sulla base del monitoraggio del monte ore e del suo pieno utilizzo); al rilascio di indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale; alla collaborazione per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da medici di medicina generale (ovvero pediatri di libera scelta), per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità. Gli ACN medicina generale e pediatria specificano che l'attività del comitato è prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'accordo nazionale e degli accordi regionali ed è sede di osservazione degli accordi aziendali, mentre l'ACN medicina specialistica, pur indicando tale attività, non le assegna autonoma prioritaria rilevanza ed esplicita, invece, tra i compiti del comitato quello di avanzare proposte in materia di organizzazione del lavoro, semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche, obiettivi e progetti di prioritario interesse.

Il livello di negoziazione aziendale definisce («specifica» per ACN medicina specialistica) i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

Gli ACN medicina generale e pediatria prevedono la costituzione di un comitato aziendale costituito in ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, composto da rappresentanti dell'azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale (per l'ACN pediatria firmatarie dell'accordo regionale) i cui compiti e modalità di funzionamento sono definite dagli accordi regionali. L'ACN medicina specialistica prevede la costituzione di un ACN zonale (e non aziendale), costituito in ogni ambito provinciale o ambito diverso definito dalla programmazione regionale, con composizione paritetica composto da rappresentanti dell'azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo integrativo regionale e dotate di un terminale associativo riferito all'ambito contrattuale domiciliato localmente (in numero pari a cinque) le cui attività e modalità generali di funzionamento sono definite anche in questo caso a livello regionale. Gli ACN medicina generale e pediatria attribuiscono al comitato aziendale il compito di esprimere pareri obbligatori in una serie di specifiche materie indicate, nonché di definire gli accordi aziendali, di esprimere ogni altro parere e di espletare ogni altro incarico attribuitogli dal presente accordo o da accordi regionali o aziendali. L'ACN medicina generale precisa che il comitato esprime pareri sui rapporti convenzionali di assistenza primaria, di continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi e attività programmate territoriali. L'ACN medicina specialistica afferma che l'attività del comitato è principalmente orientata a formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale nonché in merito agli adempimenti amministrativi connessi alla instaurazione e gestione unitaria del rapporto di lavoro; a monitorare l'applicazione dell'accordo attuativo

aziendale; a monitorare il funzionamento delle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) e delle UCCP (Unità complessa di cure primarie) per le attività di competenza; a collaborare alla valutazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche; a proporre soluzioni e percorsi di semplificazione dell'accesso alla specialistica, per la corretta gestione delle liste d'attesa e il contenimento dei tempi di effettuazione delle prestazioni; a proporre programmi di deospedalizzazione, dimissioni protette, percorsi integrati con l'assistenza primaria e ospedaliera; a svolgere attività di promozione e sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale; a definire le procedure e individuare i componenti della commissione tecnica aziendale; a esprimere pareri in merito alle procedure di «flessibilità oraria», mentre si esclude che competano al comitato la trattativa e la definizione degli accordi attuativi aziendali.

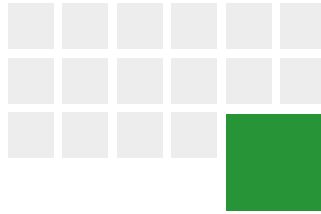


Sintesi

Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale e i medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) configura un rapporto privatistico di lavoro autonomo-professionale con i connotati della cosiddetta parasubordinazione, caratterizzato da una collaborazione coordinata e continuativa regolata dal diritto privato.

Il rapporto è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale che ne definiscono compiti e retribuzione. La contrattazione regionale o locale può essere esercitata solo nei limiti fissati da detti accordi collettivi nazionali che possono essere integrati, ma non modificati.

La parte sindacale è costituita dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative secondo le regole fissate dagli accordi collettivi nazionali e ove come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito è preso il piano nazionale.



Ripasso

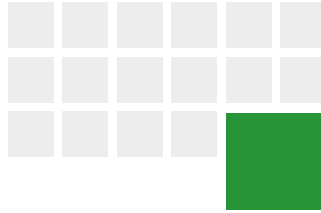
Come deve essere qualificato il rapporto con i medici convenzionati?

Si tratta di un rapporto privatistico di lavoro autonomo-professionale con i connotati del lavoro parasubordinato. L'azienda non può esercitare alcun potere autoritativo diretto sul medico convenzionato all'infuori di quello di sorveglianza.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Gragnoles E. (1994), «Gli accordi collettivi ed il rapporto di lavoro dei medici 'convenzionati' con il sistema sanitario nazionale», *Giustizia civile*, pp. 942 ss.



1.5 Nuovi strumenti per la gestione delle risorse umane

Luca Solari

Tra le aree della gestione delle risorse umane un ruolo particolare va assegnato alla pianificazione del personale, ovvero a quell'insieme di strumenti e processi volti a delineare in chiave anticipatoria la dinamica della consistenza (numero) e distribuzione (competenze, ruoli, afferenze) del personale.

Si tratta di una pratica centrale di gestione delle risorse umane per diverse ragioni:

- determina in ultima istanza l'organico e quindi anche almeno in parte il costo del personale;
- definisce la base per una serie di processi di gestione che vanno dal reclutamento allo sviluppo;
- contribuisce al raggiungimento degli obiettivi aziendali in quanto li articola in fabbisogni di persone che saranno chiamate a svolgere le attività programmate strategicamente e operativamente.

Per queste ragioni la pianificazione del personale ha condotto allo sviluppo di tecniche differenziate che spesso rappresentano veri e propri approcci metodologici di proprietà di società di consulenza.

Tuttavia, tutti questi approcci risultano essere degli approfondimenti o delle evoluzioni del medesimo modello concettuale che prevede di definire di solito sull'arco temporale annuale una tabella delle consistenze del personale e degli eventi previsti e prevedibili. In sostanza, si definisce l'organico in essere distribuendone la consistenza numerica su una qualche forma di articolazione gestionale (ad esempio per unità organizzativa, presidio, ruo-

lo ecc.) giudicata rilevante per la comprensione dei fenomeni. Convenzionalmente, l'articolazione definisce le righe del piano, mentre le colonne a partire dalla prima (consistenza iniziale) evidenziano i flussi in uscita o in entrata che si possono anticipare, spesso disaggregati su diverse colonne ognuna delle quali rappresenta una ragione (ad esempio pensionamenti, trasferimenti ecc.). È importante sottolineare come i flussi non siano solo quelli in ingresso e in uscita dall'organizzazione, poiché le modifiche possono riguardare anche trasferimenti o progressioni di carriera. Lo sviluppo della tabella si conclude con una colonna che definisce l'organico a target alla fine del periodo di pianificazione.

Questa forma non a caso è quella che si riscontra nei PGRU, ovvero Piani di gestione delle risorse umane, che sono richiesti dalla normativa regionale lombarda per motivare le azioni di modifica dell'organico delle diverse strutture organizzative.

Se quella che abbiamo presentato è la metodologia di rappresentazione della pianificazione del personale per finalità gestionali, rimane da illustrare la metodologia che può essere utilizzata per determinare l'effettiva esigenza di personale.

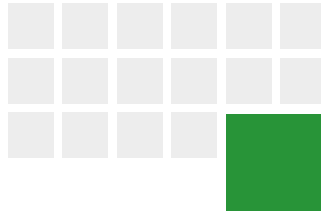
Si tratta dell'insieme delle tecniche di determinazione dei carichi di lavoro che possono essere ricondotte in generale ad alcune opzioni non mutualmente escludentesi:

1. Rilevazione per indicatori di sintesi: una prima opzione è quella di collegare le consistenze organiche a dei parametri di attività generali sui quali si abbia un'adeguata serie storica o che possano essere considerati come rappresentativi dell'intensità di lavoro. Un esempio è collegare le dotazioni necessarie al numero di prestazioni da erogare. Il calcolo può essere semplice quando a ogni prestazione corrisponda un'unità temporale media facilmente determinabile e si abbiano serie storiche affidabili. Ovviamente, questo metodo deve tenere conto nel tempo della possibilità di un miglioramento della produttività (riduzione del tempo per prestazione) e delle alternative quali l'utilizzo dello straordinario o la modifica dell'assetto organizzativo che comporti un miglioramento della produttività per prestazione.
2. Benchmark: un secondo approccio è quello di sistema, ovvero di spingere le organizzazioni a orientarsi su delle possibili best practice. In questo caso, si utilizzano raccolte sistematiche di dati organizzativi e gestionali di strutture diverse e li si usa per parametrizzare le esigenze dell'organizzazione. Se in strutture simili alla nostra la prestazione A viene svolta con una certa dotazione organica, anche noi potremo orientarci allo stesso obiettivo. Questo approccio, favorito da chi gestisce sistemi di organizzazioni, sconta una serie di problematiche quali la difficoltà di misurare le ragioni di eterogeneità tra le strutture che non siano imputabili a differenze di produttività individuale.
3. Analisi organizzative tempi e metodi: si tratta del gold standard perché oltre a definire gli organici consente di comprendere nel dettaglio il modo con cui il lavoro viene condotto e potenzialmente di apportare modifiche migliorative. In questo caso, si intervistano le singole persone con l'obiettivo di determinare le attività che svolgono e l'assorbimento

di tempo che le stesse richiedono, oppure le si osserva misurando i tempi delle singole operazioni e facendo riferimento per le attività manuali e operative a veri e propri studi che definiscono i tempi per i micromovimenti. Questa analisi conduce a individuare dei parametri dai quali possono dipendere delle differenze di carico di lavoro in modo più preciso rispetto al metodo del punto 1.

4. **Metodi simulativi:** sono relativamente poco diffusi anche perché si basano su modelli computazionali relativamente recenti nella loro applicazione alle organizzazioni. I più promettenti sono i cosiddetti Actor Based Model, ovvero modelli che rilevano alcune proprietà del comportamento degli attori in un sistema sociale, le trasformano in agenti software e sviluppano simulazioni con condizioni di contesto mutevoli per comprendere in questo caso come possa variare l'esigenza di organico.

Un ulteriore elemento rilevante nella sanità per la gestione degli organici è per il personale medico l'istituto della pronta disponibilità che consente un presidio delle attività per eccezione o per esigenza, diminuendo di fatto le esigenze di organico installato per tutte quelle attività nelle quali l'esigenza non è continuativa ma episodica. Un utilizzo accorto di tale istituto può quindi consentire una maggiore efficienza operativa ma richiede un'accurata analisi costi e benefici perché comunque riduce i tempi di intervento dovendo attivare una risorsa che sebbene allertata si troverà sempre a distanza dal luogo in cui la sua professionalità è richiesta. Tale istituto inoltre si deve oggi confrontare con le nuove esigenze di rispetto della normativa sulle pause necessarie a fronte della turnistica in essere.



Sintesi

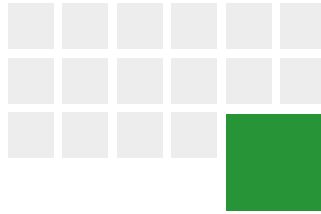
La pianificazione del personale ha grande impatto sull'efficienza della struttura perché impatta tre dimensioni chiave quali: il costo del personale, la gestione dei processi e l'efficientamento dell'allocazione del personale in modo da presidiare gli obiettivi strategici dell'organizzazione. I PGRU (Piano per la Gestione delle Risorse Umane) forniscono in tal senso uno strumento utile per mappare i fabbisogni aziendali: sull'arco temporale annuale si costruisce una tabella dell'organico in essere distribuendone la consistenza numerica su un'articolazione gestionale (unità organizzativa, presidio, ruolo ecc.) rilevante per la comprensione dei fenomeni. Convenzionalmente, l'articolazione definisce le righe del piano, mentre le colonne a partire dalla prima (consistenza iniziale) evidenziano le stime dei flussi in uscita o in entrata, disaggregati sulle colonne rappresentanti diverse possibili ragioni (ad esempio pensionamenti, trasferimenti ecc.).

Per determinare l'effettiva necessità di personale, tuttavia, è necessario fare un'analisi dei carichi di lavoro e avere parametri con cui confrontarli. Per questo, vi sono diverse vie percorribili:

1. Rilevazione per indicatori di sintesi: collegare le consistenze organiche a dei parametri di attività generali sui quali si abbia un'adeguata serie storica o parametri di carico. Si necessita di un'unità temporale media facilmente determinabile e di serie storiche affidabili.
2. Benchmark: ricerca di best practice. Si utilizzano raccolte sistematiche di dati organizzativi e gestionali di strutture diverse e li si usa per parametrizzare le esigenze dell'organizzazione. Vi sono però alcune problematiche quali le difficoltà di misurare le ragioni di eterogeneità tra le strutture.

3. **Metodi simulativi: modelli computazionali recenti.** Gli Actor Based Model sono modelli che rilevano le proprietà del comportamento degli attori in un sistema sociale, le trasformano in agenti software e sviluppano simulazioni con condizioni di contesto mutevoli, per comprendere come possa variare l'esigenza di organico.

L'istituto della pronta disponibilità previsto per il personale medico, diminuisce le esigenze di organico fisso per tutte quelle attività nelle quali l'esigenza non è continuativa ma episodica. Vi può essere una maggiore efficienza operativa ma riduce i tempi di intervento: la risorsa allertata si troverà sempre a distanza dal luogo in cui viene richiesta. Inoltre, oggi ci si deve confrontare con le nuove normative sulle pause necessarie a fronte della turnistica in essere.



Ripasso

Descrivi cosa è e a cosa serve il PGRU.

I PGRU (Piano per la Gestione delle Risorse Umane) forniscono uno strumento utile per mappare i fabbisogni aziendali: sull'arco temporale annuale si costruisce una tabella dell'organico in essere distribuendone la consistenza numerica su un'articolazione gestionale (unità organizzativa, presidio, ruolo ecc.) rilevante per la comprensione dei fenomeni. L'articolazione delle risorse definisce le righe del piano, mentre le colonne a partire dalla prima (consistenza iniziale) evidenziano le stime dei flussi in uscita o in entrata, disaggregati sulle colonne rappresentanti diverse possibili ragioni (ad esempio pensionamenti, trasferimenti ecc.).

Quali sono i lati positivi e negativi dell'utilizzo del benchmark come strumento di definizione del dimensionamento ideale della forza lavoro?

Il benchmark spinge le organizzazioni a orientarsi su delle possibili best practice. Si utilizzano raccolte sistematiche di dati organizzativi e gestionali di strutture diverse e li si usa per parametrizzare le esigenze dell'organizzazione. Questo approccio, favorito da chi gestisce sistemi di organizzazioni, sconta una serie di problematiche quali la difficoltà di misurare le ragioni di eterogeneità tra le strutture che non siano imputabili a differenze di produttività individuale.

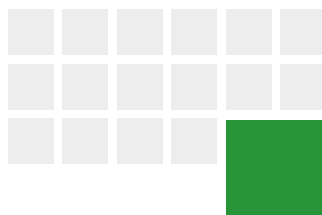
Riferimenti bibliografici

Borello, Antonio (2012), *Il business plan: dalla valutazione dell'investimento alla misurazione dell'attività d'impresa*, McGraw-Hill.

Cross R. L. (2003), *Networks in the Knowledge Economy*, Oxford University Press.

D'Anna R. (2007), *La gestione programmata delle risorse umane. Valutazioni, analisi, politiche di intervento*, Giappichelli.

Laquintana D., Pazzaglia S., Demarchi A. (2017), «Le nuove metodologie di valutazione del fabbisogno del personale infermieristico, medico e di supporto: un esempio di applicazione», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 36(3), pp. 123-124.



1.6 I sistemi di controllo e l'internal auditing

Renato Ruffini

Il tema del controllo è un tema delicato e complesso. La delicatezza è data dal fatto che il controllo è fondamentale per potere governare e gestire un'organizzazione, ma se esercitato in modo eccessivo o non ben calibrato può avere effetti negativi sui soggetti controllati (demotivazione, rispetto meramente formale delle regole, deresponsabilizzazione sui risultati ecc.). La complessità è data dal fatto che dentro un qualsiasi sistema organizzativo i controlli si sviluppano su vari oggetti (integrità, performance, contabilità, sicurezza ecc.) e vari livelli (organi di indirizzo, gestionali e operativi). A ciò si aggiunga che ormai da anni il legislatore tende a volere inserire «per legge» tecniche di controllo, anche sofisticate, senza che le organizzazioni siano di fatto pronte o sensibili a tale attività.

Tenuto conto di questa complessità relativa alla corretta attivazione dei sistemi di controllo il tema principale è quello di riuscire a integrare i diversi sistemi di controllo interno.

1.6.1 Il sistema di controllo interno

Stante l'esigenza di integrazione, la prima cosa da comprendere è la definizione del sistema di controllo. Prima di arrivare alla definizione occorre peraltro avere chiaro come i sistemi di controllo si sono evoluti negli ultimi decenni. A tale proposito possiamo osservare che il controllo è legato all'attività di amministrazione (anzi ne è quasi il sinonimo) e si manifesta:

- nello svolgimento del processo di pianificazione, programmazione e controllo;
- nella definizione dei modelli di governo aziendale basati sulla logica della compliance (controllo di conformità) tesa ad abbattere i «rischi» intesi come eventi che possono

accadere e mettere a repentaglio l'attività aziendale nel perseguimento delle sue strategie, nel rispetto delle norme, nella tutela dalle frodi aziendali ecc.

Questa seconda dimensione del controllo si è sviluppata negli ultimi anni.

Sulla base di tale evoluzione il sistema di controllo è definito come: un processo, svolto dagli organi di governo, dai dirigenti e da altri operatori della struttura aziendale, che si prefigge di fornire una ragionevole sicurezza sulla realizzazione degli obiettivi rientranti nelle seguenti categorie:

- efficacia ed efficienza delle attività operative;
- attendibilità delle informazioni di bilancio;
- conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore.

Tale sistema è integrato nei più generali assetti organizzativi e di governo dell'ente. Contribuisce a una conduzione dell'organizzazione coerente con gli obiettivi aziendali definiti dagli organi di governo, favorendo l'assunzione di decisioni consapevoli. Esso concorre ad assicurare la salvaguardia del patrimonio aziendale, l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali, l'affidabilità delle informazioni fornite agli organi, il rispetto di leggi e regolamenti nonché dello statuto e delle procedure interne.

Il sistema di controllo si svolge su tre livelli:

- Primo livello di controlli: definisce e gestisce i controlli di linea, insiti nei processi operativi, e i relativi rischi. È esercitato dai dirigenti e dal personale secondo le normali procedure interne. Implica il controllo contabile, degli atti dei dipendenti, ecc.
- Secondo livello di controlli: presidia il processo di gestione e controllo dei rischi legati all'operatività garantendone la coerenza rispetto agli obiettivi aziendali e rispondendo a criteri di segregazione che consentono un efficace monitoraggio. Questa seconda linea di controllo può essere attuata attraverso vari sistemi e soggetti. Ne sono esempi i preposti al controllo di sicurezza sul lavoro, il responsabile anticorruzione, il controllo legale, audit sistemi qualità (ISO 14001, 18001, 27001 ecc.), il controllo di gestione a livello aziendale, i sistemi di gestione della performance, il fraud audit ecc. A volte, a seconda del livello di strutturazione delle attività il confine tra il primo e il secondo livello può essere abbastanza labile.
- Terzo livello di controlli: fornisce *assurance*, ovvero valutazioni «indipendenti» sul disegno e sul funzionamento del complessivo sistema di controllo interno accompagnato da piani di miglioramento definiti dal management. Questa forma di controllo è tipicamente svolta dall'attività di audit.

Three lines of defense model

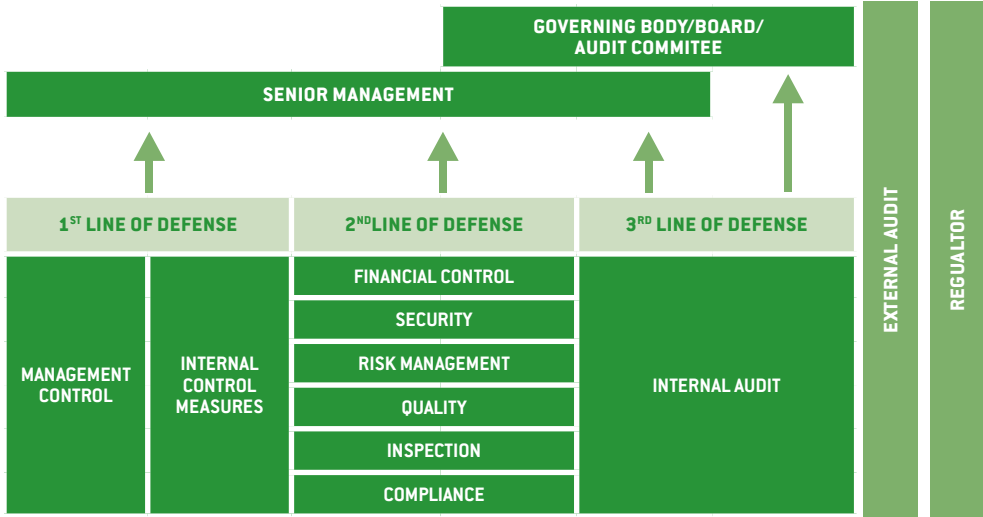


Figura 1.1 – I livelli di controllo.

Affinché tutte le attività di controllo siano tra loro integrate e ben funzionanti è quindi necessario che esse siano inserite all'interno del sistema sopra brevemente descritto e in organizzazioni nelle quali vi sia un adeguato «ambiente di controllo» inteso come corretta sensibilità e attenzione dei soggetti aziendali alle attività di controllo derivanti dai loro valori e integrità.

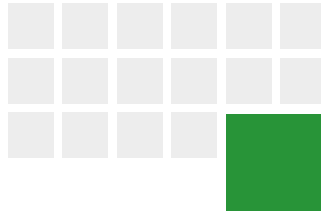
In questo contesto i principali strumenti di controllo di secondo livello in uso presso le amministrazioni pubbliche e gli enti sanitari sono dati da:

- La gestione delle performance. La gestione delle performance è stata introdotta nell'ordinamento con il D.lgs. 150/09 (titolo II), perfezionando precedenti strumenti di direzione per obiettivi già presenti nelle aziende sanitarie in particolare orientati all'attuazione di sistemi retributivi collegati ai risultati (individuali o di gruppo). Gli obiettivi di performance dovrebbero essere collegati alle strategie aziendali e definiti con precisione nella loro ricaduta operativa. Sono inseriti all'interno di un «piano della performance» che verrà rendicontato a fine periodo attraverso una «relazione sulla performance». È stato inoltre istituito un organo volto ad assicurare il corretto sviluppo del ciclo della performance nelle sue diverse parti (organismo indipendente di valutazione o nucleo di valutazione).

- Il controllo di gestione. Il controllo di gestione assume vari significati nelle diverse tipologie di organizzazioni. In generale è comunque orientato a rilevare i risultati delle attività svolte rispetto a quelle programmate, sia dal punto di vista economico che dal punto di vista della produzione svolta.
- I controlli di integrità relativi all'anticorruzione. L'attività di anticorruzione è stata introdotta dalla legge 190 ed è essenzialmente una forma di risk management orientata alle frodi e alla prevenzione dei fenomeni corruttivi. Come ogni attività di questo tipo si sviluppa attraverso una analisi dei rischi in relazione ai processi organizzativi principali, che prevede specifiche azioni di contrasto. Oltre all'attività di risk management come sempre in questi casi si prevedono anche azioni value-oriented quali formazione, codici etici, whisterblower, ecc., volte a contrastare la corruzione e a creare un ambiente di controllo favorevole. Tutto ciò la norma prevede sia inserito all'interno di uno specifico piano anticorruzione svolto su direttive di un'apposita autorità (Autorità nazionale anticorruzione - ANAC).

A questi controlli se ne aggiungono normalmente molti altri, quali per esempio i controlli finanziari, i controlli di qualità, il risk management, i controlli inerenti la sicurezza sul lavoro e altri controlli in relazione ai processi operativi tipici di ogni azienda sviluppati da specifiche funzioni aziendali e non dai manager operativi.

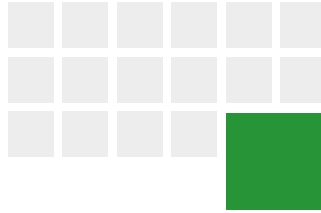
L'audit costituisce un'attività di controllo di terzo livello. È un'attività indipendente e obiettiva di *assurance* e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di corporate governance. Tale forma di controllo è ancora di fatto significativamente assente nelle amministrazioni pubbliche, ma sarebbe probabilmente sempre più utile considerando la complessità che stanno assumendo i sistemi di controllo interno.



Sintesi

Il controllo è dato dall'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi. Esso contribuisce a una conduzione dell'azienda coerente con gli obiettivi definiti dagli organi di governo, favorendo l'assunzione di decisioni consapevoli. Esso concorre ad assicurare la salvaguardia del patrimonio sociale, l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali, l'affidabilità delle informazioni fornite agli organi e al mercato, il rispetto di leggi e regolamenti nonché dello statuto sociale e delle procedure interne.

L'attività di controllo si sviluppa su tre livelli. Il primo livello di controlli è quello effettuato dai manager di linea relativo ai processi operativi, e ai relativi rischi, sulla base delle specifiche procedure interne. Il secondo livello è sviluppato da specifiche funzioni aziendali e si sviluppa attraverso vari sistemi e soggetti; ne sono esempi i preposti al controllo di sicurezza sul lavoro, il responsabile anticorruzione, il controllo legale, audit sistemi qualità (ISO 14001, 18001, 27001 ecc.), il controllo di gestione a livello aziendale, i sistemi di gestione della performance, il fraud audit ecc. A volte, a seconda del livello di strutturazione delle attività, il confine tra il primo e il secondo livello può essere abbastanza labile. Vi è infine un terzo livello di controllo che assicura il corretto funzionamento complessivo e l'efficacia dei processi di controllo. Questa forma di controllo è tipicamente svolta dall'attività di audit.



Ripasso

Come si definisce il sistema di controllo interno?

Il controllo è dato dall'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi al fine di avere una conduzione dell'azienda coerente con le strategie aziendali.

In generale quali sono gli ambiti di controllo?

I tre ambiti di controllo riguardano:

- l'efficacia ed efficienza delle attività operative;
- l'attendibilità delle informazioni di bilancio;
- la conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore.

Quali sono i livelli del controllo?

Ci sono tre livelli di controllo: il primo livello di controlli è quello effettuato dai manager di linea relativo ai processi operativi; il secondo livello è sviluppato da specifiche funzioni aziendali preposte alle diverse forme di controllo; il terzo livello assicura la funzionalità del sistema di controllo attraverso l'attività di audit.

Riferimenti bibliografici e sitografici

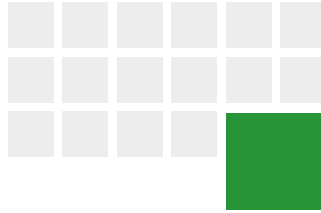
Bizzarri G., Canciani M., Farina M. (2012), *Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.

Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), www.coso.org

Dall'Anese R., Ruffini R. (2020), *Organizzare i controlli per l'integrità nelle imprese e nelle pubbliche amministrazioni. Introduzione all'integrity management*, Apogeo Maggioli, Rimini.

ECIA - FERMA, Guidance on the 8th EU Company Law Directive – article 41, <https://www.iaa.nl/SiteFiles/ECIA%20FERMA.pdf>

Institute of internal auditor (2013), *The Three Lines of Defense in Effective Risk Management and Control*, Position paper, <https://na.theiia.org/standards-guidance/Public%20Documents/PP%20The%20Three%20Lines%20of%20Defense%20in%20Effective%20Risk%20Management%20and%20Control.pdf>



1.7

Gestione delle risorse umane: allocazione, fabbisogno e rotazione, inidoneità, sistema degli incarichi

Luca Solari

Il sistema degli incarichi rappresenta una leva di gestione delle risorse umane importante in sanità anche in relazione ai limiti in essere rispetto alla gestione di altre leve di sviluppo come la carriera.

La prevalenza del concorso come modello di selezione, se da un lato garantisce la possibilità di accesso a qualunque candidato, dall'altro, vista la tempistica e la complessità burocratica, rende molto difficile la gestione di problematiche organizzative emergenti. Inoltre, l'uso del concorso toglie all'organizzazione la possibilità di favorire lo sviluppo del personale attraverso delle esperienze gestionali o professionali che possano essere uno strumento di apprendimento e crescita.

In questo quadro le decisioni relative al modello di assegnazione degli incarichi diventano estremamente rilevanti per diverse ragioni:

1. devono essere collegate in modo chiaro alla possibilità di meglio raggiungere gli obiettivi aziendali;
2. devono fornire alle persone la possibilità di acquisire esperienze e sviluppare le loro competenze;
3. gli incarichi devono essere assegnati secondo logiche di equità complessiva per evitare che possano avere un effetto negativo sul clima organizzativo e sulla motivazione complessiva.

Per quanto riguarda il personale medico, gli incarichi sono distinti in gestionali e professionali. Gli incarichi gestionali possono essere:

1. incarico di direzione di struttura complessa;
2. 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;
3. 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;
4. incarico di direttore di dipartimento nell'ambito dei direttori di strutture complesse aggregate nel dipartimento.

L'incarico di direzione di presidio ospedaliero è equiparato all'incarico di direzione di struttura complessa. L'incarico di direzione di distretto sanitario è equiparato all'incarico di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale o distrettuale, o all'incarico di struttura complessa in base a una scelta aziendale.

L'incarico professionale può essere rappresentato da scelte diverse, quali:

- 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;
- b) 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;
- c) incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo: tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche;
- d) incarico professionale di base conferibile ai dirigenti con meno di cinque 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.

Per quanto riguarda i dipendenti dell'area apicale del comparto (cat. D), gli incarichi sono distinti in:

- incarichi di organizzazione;
- incarichi professionali.

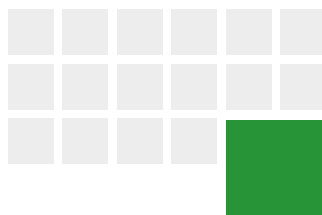
Gli incarichi di organizzazione comportano l'assunzione di responsabilità specifiche nella gestione di processi assistenziali e formativi legati alla propria funzione sanitaria e socio-sanitaria e i criteri di complessità relativi sono definiti da ogni azienda in un proprio regolamento.

Tali incarichi prevedono la possibilità di una funzione di coordinamento che viene valorizzata all'interno dell'incarico di organizzazione anche in relazione all'evoluzione dei processi e modelli organizzativi, dell'esperienza e delle professionalità acquisite. Per concorrere alla funzione di coordinamento è necessario il master in coordinamento o management, ma il master è necessario per la sola funzione di coordinamento. Per accedere invece a incarichi di maggiore complessità il contratto indica il solo necessario requisito dell'anzianità di servizio di cinque anni e l'eventuale laurea specialistica/magistrale come elemento di valorizzazione non necessario però ai fini del conferimento dell'incarico.

L'incarico professionale invece può essere quello di professionista specialista o di professionista esperto che possono essere istituiti per l'esercizio di compiti derivanti dalla specifica organizzazione delle funzioni prevista nell'organizzazione aziendale. Tali compiti sono aggiuntivi e/o maggiormente complessi e richiedono significative, elevate e innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto. Il contratto, per il solo esperto, specifica che il requisito per l'incarico costituisce nell'aver acquisito competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali e attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse Regioni.

L'assegnazione degli incarichi caratterizzati da temporalità variabile pone un tema importante relativo alla rotazione degli stessi.

La rotazione degli incarichi è infatti un principio presente nella regolazione del rapporto di lavoro pubblico soprattutto per controllare il rischio associato nei settori particolarmente esposti al rischio corruzione.



Sintesi

La selezione di personale sanitario è affidata a dei concorsi che permettono l'accesso a qualunque candidato, ma questo rende difficile la gestione di problematiche organizzative e lo sviluppo professionale (apprendimento e crescita). Quindi il sistema degli incarichi rappresenta una leva di gestione delle risorse umane nella sanità.

In questo quadro le decisioni relative al modello di assegnazione degli incarichi non solo devono essere collegate in modo chiaro alla possibilità di raggiungere meglio gli obiettivi aziendali, ma devono anche fornire alle persone la possibilità di acquisire esperienze e sviluppare le loro competenze. Inoltre, il tema della temporalità risulta essere fondamentale: la rotazione degli incarichi è infatti un principio utile per controllare e prevenire il rischio associato nei settori particolarmente esposti al rischio corruzione.

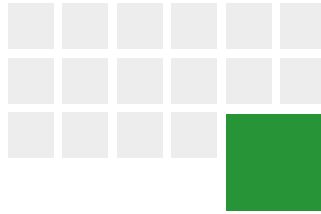
Per quanto riguarda il personale medico, gli incarichi sono distinti in gestionali (direttore di struttura complessa o semplice; direttore di dipartimento) e professionali (altissima professionalità a valenza dipartimentale; altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa; alta specializzazione; incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca; incarico professionale di base conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova).

Per quanto riguarda i dipendenti dell'area apicale del comparto (cat. D), gli incarichi sono distinti in:

- incarichi di organizzazione: assunzione di responsabilità specifiche nella gestione di processi assistenziali e formativi legati alla propria funzione sanitaria e sociosanitaria. Tali incarichi prevedono la possibilità di una funzione di coordinamento che viene va-

lorizzata all'interno dell'incarico di organizzazione anche in relazione all'evoluzione dei processi e modelli organizzativi, dell'esperienza e delle professionalità acquisite;

- incarichi professionali: esercizio di compiti derivanti dalla specifica organizzazione delle funzioni prevista nell'organizzazione aziendale. Tali compiti sono aggiuntivi e/o maggiormente complessi e richiedono significative, elevate e innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto.



Ripasso

Quali sono i punti di attenzione nella costruzione di un modello di assegnazione degli incarichi tramite bandi?

Le decisioni relative al modello di assegnazione degli incarichi devono:

- essere collegate in modo chiaro alla possibilità di meglio raggiungere gli obiettivi aziendali
- fornire alle persone la possibilità di acquisire esperienze e sviluppare le loro competenze
- assegnare gli incarichi secondo logiche di equità complessiva per evitare che possano avere un effetto negativo sul clima organizzativo e sulla motivazione complessiva.

Riferimenti bibliografici

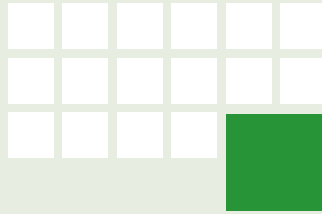
Anessi-Pessina E., Cantu E. (2006), «Whither managerialism in the Italian National Health Service?», *International Journal of Health Planning and Management*, 21, pp. 327-355.

Cerismas (2010), *Lo sviluppo delle pratiche di Human Resource Management in Sanità*, Workshop, 17 dicembre 2010.

Conte A., Fiorani G. (2015), «La gestione delle risorse umane in sanità: il modello di gestione per competenze», in D'Adamo A., Polistena B. (a cura di) (2012), *Il sistema sanitario della Basilicata nel 2010-2011. «Ammalarsi meno, curarsi meglio»*, McGraw-Hill, Milano, pp. 285-300.

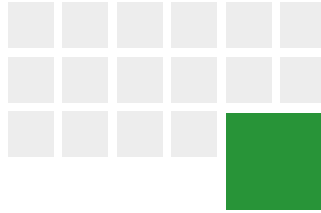
De Pietro C. (2003), «Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale», *Mecosan*, 12 (48), pp. 7-35.

De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.



2

Gestione e sviluppo del personale e del team di lavoro



2.1 I modelli di gestione delle risorse umane e le innovazioni organizzative in sanità

Mara Bergamaschi

A fronte della crescente complessità del settore sanitario (invecchiamento della popolazione, aumento della complessità dei bisogni di salute, evoluzione tecnologica ...) le aziende sanitarie si trovano nella necessità di trovare schemi organizzativi efficaci per finalizzare al meglio le limitate risorse, coinvolgere il maggior numero possibile di professionisti e diffondere i saperi emergenti in tutti i professionisti, migliorare l'integrazione e garantire maggiore flessibilità e decentramento decisionale.

Nell'ultimo ventennio ha preso il via un ampio processo di cambiamento organizzativo che sta interessando il mondo della sanità e vede il passaggio da modelli organizzativi classici organizzati intorno al sapere che utilizzano schemi organizzativi classici e gerarchici a modelli organizzativi più evoluti di tipo divisionale e matriciale. Contemporaneamente si è assistito a un cambiamento del ruolo dei dirigenti, dei processi decisionali e dei criteri di responsabilizzazione che ha visto lo sviluppo di nuove posizioni organizzative che prevedono responsabilità professionali e responsabilità gestionali.

Allo stesso tempo si stanno sviluppando forme di lavoro più flessibili in grado di conciliare i tempi di vita con quelli di lavoro e migliorare il benessere organizzativo. Il telelavoro, attraverso l'utilizzo di strumenti informatici, rappresenta in questo senso un'opportunità anche nel settore della sanità.

2.1.1 Modelli gerarchici e modelli matriciali

Le aziende sanitarie si presentano ad oggi nel pieno di un intenso processo di cambiamento che richiede l'utilizzo di forme organizzative innovative e il passaggio da modelli di tipo funzionale a modelli di tipo divisionale e/o a matrice (Bergamaschi, 2009; Lega, 2018).

Storicamente, infatti, nelle aziende sanitarie le principali configurazioni organizzative facevano riferimento a modelli di tipo funzionale, che prevedono un'aggregazione in aree omogenee per ambito di attività/specializzazione (amministrazione, acquisti, ufficio tecnico, produzione divisa a sua volta per ambito specialistico – medicina, chirurgia, riabilitazione ecc.).

Il principale vantaggio di queste forme è dato dalla possibilità di raggiungere elevati livelli di efficienza e di specializzazione; per contro, il principale svantaggio è quello di ottenere un'organizzazione che lavora per «compartimenti stagni», dove ogni unità operativa opera autonomamente, spesso con il rischio di scarso coordinamento con le altre e con difficoltà nel perseguire obiettivi comuni.

A fronte dell'elevato livello di specializzazione presente nelle aziende sanitarie e del livello di innovazione scientifica e tecnologica, tutto ciò ha portato nel tempo a (Bergamaschi, 2009; Lega, 2018):

- una struttura con una dimensione orizzontale molto ampia (elevato numero di unità operative), e tendenzialmente piatta (con pochi livelli gerarchici);
- una netta distinzione tra il livello strategico e il livello operativo;
- la presenza di meccanismi di integrazione prevalentemente delegati alle relazioni gerarchiche.

Tali modelli, pur generando un forte sviluppo del know-how e garantendo economie di specializzazione, hanno reso nel tempo difficile il controllo sulle singole parti dell'azienda e non sono stati in grado di rispondere agli elementi di complessità dei processi che andavano sempre più aumentando.

La disponibilità di tecnologie sempre più sofisticate, la maturazione dell'utenza, sempre più attenta agli aspetti di qualità del servizio, l'evoluzione dei bisogni di salute e in particolare l'invecchiamento della popolazione e la cronicizzazione delle malattie, le forti pressioni derivanti dall'ambiente istituzionale di riferimento e l'introduzione di meccanismi sempre più fortemente competitivi, hanno spinto nell'ultimo ventennio le aziende a rivedere i propri modelli organizzativi, alla ricerca di soluzioni che consentissero maggiore flessibilità e integrazione (Bergamaschi, 2000 e 2009).

Le aziende sanitarie hanno quindi razionalizzato la propria struttura organizzativa, adottando modelli divisionali o a matrice.

Riaggregazione delle responsabilità e delle attività per grandi aree di bisogno, risultato o mercato, valorizzazione dell'autonomia dirigenziale, aggregazione delle diverse unità operative secondo schemi divisionali, introduzione di livelli gerarchici intermedi tra il vertice strategico e le unità operative, rappresentano alcuni dei must dei nuovi modelli organizzativi.

In particolare, nella struttura divisionale l'azienda viene «segmentata» per linee di prodotto/servizio o per mercato. Tipicamente, ciascuna divisione presenta al suo interno una

struttura funzionale, con alcune funzioni duplicate tra una divisione e l'altra, mentre altre funzioni, non specifiche, vengono centralizzate (ad esempio amministrazione e sistemi informativi).

Il principale vantaggio del modello divisionale è la possibilità di generare maggiori forme di cooperazione e coordinamento tra unità operative che partecipano, seppure con competenze distintive, a un unico processo di erogazione del servizio. Per contro, il principale svantaggio è la difficoltà nello sfruttamento di economie di scala e di sinergie nell'utilizzo delle risorse. Anche in questo caso si può manifestare il rischio di creazione di aziende distinte all'interno della stessa azienda.

Concretamente l'applicazione di criteri divisionali nelle aziende sanitarie ha determinato (Bergamaschi, 2009):

- sul territorio, l'articolazione in gruppi definiti di popolazione identificati o su base geografica (distretti) o sulla base dei bisogni di cui sono portatori (per esempio gli anziani);
- negli ospedali, l'introduzione di aggregazioni organizzative sufficientemente ampie da rendere possibile l'attribuzione di responsabilità sull'intero processo di erogazione.

La struttura a matrice rappresenta invece un mix delle precedenti e cerca di superarne gli svantaggi. Tale struttura si sviluppa su entrambe le dimensioni: una tipicamente funzionale (specializzazione) e un'altra divisionale (linea di prodotto/servizio o mercato). Ha dunque il vantaggio di coniugare specializzazione e coordinamento, sebbene tendenzialmente presenti più alti costi di gestione. La struttura si presenta inoltre più articolata in quanto si sviluppa su due dimensioni, e richiede meccanismi di governo che consentano di mantenere un adeguato equilibrio tra le due.

Concretamente l'applicazione del modello a matrice nelle aziende sanitarie ha determinato:

- sul territorio, un superamento del modello di tipo funzionale in cui la responsabilità unica procedeva in senso verticale lungo la specialità presieduta da ciascun servizio (medicina di base, igiene pubblica, veterinaria ecc.), a favore di soluzioni che prevedono un'organizzazione delle risorse e una responsabilità della produzione in capo alle articolazioni territoriali (distretti) o, alternativamente, la responsabilità della programmazione dei consumi in capo al distretto (ruolo di committenza) e quella della produzione in capo ai dipartimenti, attraverso un processo di programmazione tra i due;
- negli ospedali, la presenza congiunta di due linee di responsabilità, una gerarchico-funzionale legata alla tipologia di attività erogata (ad esempio dipartimento di medicina) e una di integrazione e coordinamento professionale (ad esempio dipartimento di urgenza).

2.1.2 Il telelavoro

Il passaggio a una concezione più moderna e flessibile dell'organizzazione presuppone anche la possibilità di introdurre all'interno delle aziende sanitarie modelli in grado di conciliare i tempi di lavoro con quelli della famiglia, al fine di migliorare la qualità di vita del lavoratore.

In questo contesto il telelavoro inteso come «la prestazione di lavoro eseguita dal dipendente in qualsiasi luogo ritenuto idoneo, collocato al di fuori della sede di lavoro, dove la prestazione sia tecnicamente possibile, con il prevalente supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione che consentano il collegamento con l'amministrazione cui la prestazione stessa inerisce» (DPR n. 70/1999), rappresenta uno strumento fondamentale, soprattutto a fronte del fatto che non sempre le leve tradizionali (sistemi di incentivazione) hanno impatto sui progetti di miglioramento delle performance.

Investire in strumenti tesi a migliorare le condizioni lavorative migliora le capacità relazionali dei dipendenti e crea le precondizioni per raggiungere performance più adeguate.

Oltre a conciliare i tempi di lavoro e di vita, il telelavoro consente un impiego flessibile delle risorse umane su settori di attività in carenza di personale, una razionalizzazione delle risorse logistiche, una tendenziale riduzione delle assenze dal servizio, un miglioramento del benessere organizzativo.

Le aziende sanitarie hanno ampia autonomia nell'individuazione delle attività telelavorabili. L'attività, inoltre, può essere effettuata in vari luoghi (domicilio o locale del lavoratore; altra sede; altra amministrazione). Con lo sviluppo delle nuove tecnologie è possibile, inoltre, un'altra forma di telelavoro definito «mobile», che prevede l'utilizzo del computer portatile e del telefono cellulare che consentono di svolgere l'attività in luoghi che non sono di pertinenza né del lavoratore, né dell'amministrazione (Piano per l'utilizzo del Telelavoro. Ministero della Salute)

CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ TELELAVORABILI
Attività che richiedano l'utilizzo di un applicativo dedicato;
Attività che consentano accessibilità dall'esterno all'applicativo dedicato;
Attività che consentano la tracciabilità del dato (intesa come verificabilità dell'attività media effettuata);
Attività che non comportino lo spostamento di materiale cartaceo (atti e documenti);
Attività trasversali a più strutture;
Attività che richiedano un'implementazione o lo smaltimento di lavoro arretrato;
Attività semplici che prevedano un lavoro di immissione, estrazione o elaborazione dati.

(Continua)

ATTIVITÀ NON TELELAVORABILI
Tutte le attività lavorative che prevedono un contatto necessariamente diretto con l'utenza interna ed esterna;
Le attività che non sono soggette a una precisa programmazione e non possono essere verificate quantitativamente e qualitativamente.
TIPOLOGIE DI TELELAVORO PREVISTE
Telelavoro a domicilio: prestazione di lavoro eseguita dal dipendente presso il proprio domicilio per alcuni giorni alla settimana;
Lavoro mobile: lavoro decentrato che comporta l'effettuazione della prestazione in una sede aziendale diversa dalla sede di lavoro al quale il dipendente è assegnato, per alcuni giorni alla settimana;
Smartworking: forme flessibili e semplificate di lavoro da remoto, ad esempio «x» giornate annuali che il dipendente può utilizzare in caso di necessità, per conciliare tempi di vita e tempi di lavoro, presso il proprio domicilio o sede diversa dalla propria.

Tabella 2.1 – Le attività telelavorabili: criteri e tipologie.

Fonte: Piano per l'utilizzo del Telelavoro. Ministero della Salute. Direzione generale del Personale, Organizzazione e Bilancio (http://www.salute.gov.it/imgs/C_1?minpag_111?listaFile_itemName_2_file.pdf)

2.1.3 La responsabilità professionale e dirigenziale

Il processo di innovazione organizzativa che si sta delineando negli ultimi anni, presuppone il cambiamento del ruolo dei dirigenti, dei processi decisionali e dei criteri di responsabilizzazione (Bergamaschi, 2009).

In particolare, le nuove organizzazioni richiedono un'evoluzione del ruolo dei dirigenti che nelle nuove posizioni organizzative vedono la presenza di responsabilità professionali e di responsabilità di tipo gestionale.

Lo stesso contratto prevede la distinzione tra incarichi di struttura e incarichi professionali. I primi vengono conferiti ai dirigenti in senso proprio, con posizioni organizzative e gestionali; i secondi vengono conferiti a coloro che, pur avendo formalmente una qualifica dirigenziale, svolgono attività tipicamente clinico-professionali.

Tra gli incarichi di tipo gestionale rientrano (Lega, 2018):

- 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 e laddove previsto di risorse finanziarie;

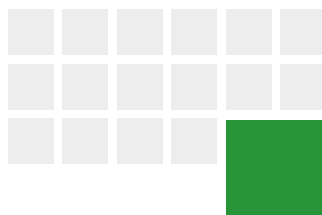
- incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa che include la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali;
- altri incarichi come ad esempio l'incarico di direttore di dipartimento, l'incarico di direzione di presidio ospedaliero, l'incarico di direzione di distretto sanitario complessa in base a una scelta aziendale.

Tra gli Incarichi professionali, rientrano:

- incarico professionale di altissima specializzazione che prevede la produzione di prestazioni di altissima professionalità e specializzazione, riferite alla disciplina e alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta un riferimento per l'acquisizione e il consolidamento delle conoscenze e competenze nel settore;
- incarico professionale di elevata specializzazione che prevede la produzione di prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina e alla struttura organizzativa di riferimento;
- incarico professionale di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo: tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche;
- incarico professionale di base.

L'individuazione di posizioni professionali permette di riconoscere una progressione di carriera che non debba per forza avvenire lungo la gerarchia gestionale-organizzativa (il contratto nazionale prevede infatti una sostanziale sovrapposizione delle indennità economiche percepite per gli incarichi gestionali e professionali).

In poche parole, si va a prospettare una sorta di «doppia carriera» che prevede di affiancare agli attuali incarichi di direttore di strutture semplici e complesse nuove posizioni che riconoscano diversi livelli professionali per chi non ha incarichi gestionali.

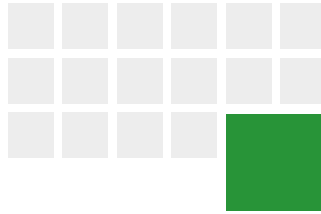


Sintesi

Nell'ultimo ventennio le aziende sanitarie hanno modificato la loro organizzazione e sposato modelli organizzativi più evoluti di tipo divisionale e matriciale. Riagggregazione delle responsabilità e delle attività per grandi aree di bisogno, valorizzazione dell'autonomia dirigenziale, aggregazione delle diverse unità operative maggiormente in linea con i processi produttivi, introduzione di livelli gerarchici intermedi tra il vertice strategico e le unità operative, rappresentano alcuni dei principali cambiamenti avvenuti.

Anche il ruolo dei dirigenti si è modificato. Lo stesso contratto prevede la distinzione tra incarichi di struttura, che prevedono responsabilità non solo professionali ma anche gestionali, e incarichi professionali, maggiormente orientati ad attività clinico-professionali.

Allo stesso tempo si stanno sviluppando forme di lavoro più flessibili in grado di conciliare i tempi di vita con quelli di lavoro e migliorare il benessere organizzativo. Il telelavoro, rappresenta in questo senso un'opportunità anche nel settore della sanità.



Ripasso

Quali i vantaggi e gli svantaggi di un modello di organizzazione di tipo divisionale?

Il principale vantaggio del modello divisionale è la possibilità di generare maggiori forme di cooperazione e coordinamento tra unità operative che partecipano, seppure con competenze distinte, a un unico processo di erogazione del servizio. Per contro, il principale svantaggio è la difficoltà nello sfruttamento di economie di scala e di sinergie nell'utilizzo delle risorse. Anche in questo caso si può manifestare il rischio di creazione di aziende distinte all'interno della stessa azienda.

Su quali dimensioni si sviluppa una struttura a matrice?

La struttura a matrice si sviluppa su entrambe le dimensioni: una tipicamente funzionale (specializzazione) e un'altra divisionale (linea di prodotto/servizio o mercato). Ha dunque il vantaggio di coniugare specializzazione e coordinamento, sebbene tendenzialmente presenti più alti costi di gestione. La struttura si presenta inoltre più articolata in quanto si sviluppa su due dimensioni, e richiede meccanismi di governo che consentano di mantenere un adeguato equilibrio tra le due.

Cosa si intende per telelavoro?

Il telelavoro viene inteso come «la prestazione di lavoro eseguita dal dipendente in qualsiasi luogo ritenuto idoneo, collocato al di fuori della sede di lavoro, dove la prestazione sia tecnicamente possibile, con il prevalente supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione che consentano il collegamento con l'amministrazione cui la prestazione stessa inerisce» (DPR n. 70/1999).

Quali sono i principali benefici del telelavoro?

Il telelavoro consente di migliorare le condizioni lavorative e le capacità relazionali dei dipendenti e crea le precondizioni per raggiungere performance più adeguate. Inoltre consente un impiego flessibile delle risorse umane su settori di attività in carenza di personale, una razionalizzazione delle risorse logistiche, una tendenziale riduzione delle assenze dal servizio, un miglioramento del benessere organizzativo.

Quali è la differenza tra incarichi di struttura e incarichi professionali?

Gli incarichi di struttura vengono conferiti ai dirigenti in senso proprio, con posizioni organizzative e gestionali. Gli incarichi professionali vengono conferiti a coloro che, pur avendo formalmente una qualifica dirigenziale, svolgono attività tipicamente clinico-professionali.

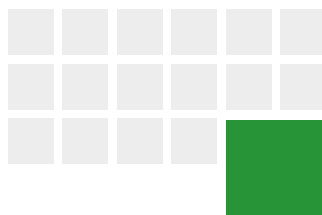
Riferimenti bibliografici e sitografici

Bergamaschi M. (2009), *Creazione del valore e organizzazione in Sanità*, McGraw-Hill, Milano.

Bergamaschi M. (a cura di) (2000), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.

Lega F. (2018), *Economia e management sanitario*, Egea, Milano.

Ministero della Salute, «Piano per l'utilizzo del telelavoro», http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_minpag_1117_listaFile_itemName_2_file.pdf



2.2

La gestione del personale: organizzazione del lavoro, sistema delle relazioni e sistemi operativi, i modelli di valutazione e gli indicatori di risultato

Mara Bergamaschi

All'interno del processo di cambiamento organizzativo in sanità, le politiche e gli strumenti di gestione delle risorse umane assumono una rilevanza fondamentale. L'inserimento di logiche e strumenti efficaci di gestione dei professionisti rappresenta un elemento fondamentale al fine di riorientare i comportamenti degli stessi in linea con gli obiettivi dell'azienda e del sistema, in un contesto caratterizzato da un elevato grado di autonomia decisionale e di discrezionalità operativa.

In particolare, la valutazione del personale e i sistemi premianti rappresentano efficaci strumenti di integrazione e di miglioramento dei comportamenti e delle performance dei dipendenti.

2.2.1 La valutazione del personale

La valutazione del personale riguarda l'operato del singolo professionista nel periodo oggetto di valutazione.

In particolare, gli ambiti di valutazione sono rappresentati da:

- risultati conseguiti a fronte di obiettivi assegnati;
- comportamenti organizzativi;
- competenze professionali maturate.

Gli esiti della valutazione delle posizioni incidono sulla conferma o sul conferimento degli incarichi. Una valutazione positiva, infatti, non solo comporta l'attribuzione della retribuzione

di risultato, ma rappresenta una condizione necessaria alla conferma dell'incarico o a processi di upgrading. Una valutazione negativa, d'altro canto, oltre a far perdere l'attribuzione della retribuzione di risultato, comporta la mancata conferma dell'attribuzione dell'incarico.

A prescindere dagli effetti della valutazione dal punto di vista contrattuale, il processo di valutazione è elemento fondamentale per conoscere punti di forza e di debolezza del personale, per attivare interventi formativi e individuare percorsi di carriera idonei, oltre ad avere finalità di orientamento dei comportamenti.

È infatti fondamentale che il sistema di valutazione (Pelliccioli, 2007):

- rappresenti uno strumento per la crescita dei singoli individui, capace di dare indicazioni relativamente ai punti di forza e di debolezza di ogni dipendente, e di individuare percorsi formativi utili alla crescita professionale e manageriale;
- rappresenti uno strumento strategico di crescita e di sviluppo per l'organizzazione aziendale, capace di fornire elementi utili per tracciare percorsi di carriera e per collocare ciascun dirigente nella posizione più adeguata alle sue capacità e competenze;
- rappresenti un processo di miglioramento continuo;
- coinvolga attivamente tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi nel processo stesso. In questo senso il colloquio di feedback degli obiettivi e del giudizio consentono di rilevare i livelli di comunicazione, di confronto e di interscambio e soprattutto di trasparenza del processo stesso.

2.2.2 I sistemi premianti (risultato e produttività)

L'articolazione delle leve utilizzate dalle aziende sanitarie per la definizione delle politiche retributive ha subito negli ultimi vent'anni un salto considerevole. Ciò con particolare riferimento alla crescente estensione della componente retributiva variabile, prevalentemente legata al raggiungimento di risultati. Sono infatti sempre più diffuse pratiche tese a premiare i risultati, siano essi individuali, di gruppo o aziendali.

Il tema rientra nella più complessa problematica legata all'allineamento degli obiettivi aziendali con gli obiettivi individuali.

La principale tendenza in atto è quella di collegare il sistema di incentivazione monetaria con il sistema di programmazione e controllo (budget) che viene utilizzato come base per la valutazione dei risultati.

Preme qui sottolineare che il sistema di programmazione e controllo è solo uno, anche se il più usato, dei meccanismi di controllo adottabili dalle aziende sanitarie e che il sistema di incentivazione di risultato è solo una delle modalità di ricompensa degli operatori (si pensi ad esempio ai meccanismi di valutazione dei comportamenti e/o delle competenze e ai sistemi di carriera). Inoltre, il sistema degli obiettivi incorporato nei sistemi di programmazione e controllo non esaurisce il complesso di contributi che l'organizzazione richiede ai propri

dipendenti (esistono infatti altri tipi di contributi quali quelli che attengono al modo con cui gli obiettivi sono stati perseguiti e più in generale ai comportamenti) (Bergamaschi, 2016).

Seppur riteniamo dunque che tale pratica non consenta di inquadrare in modo completo il complesso rapporto tra contributi individuali e sistema delle ricompense, in questo paragrafo ci soffermeremo sulle principali condizioni di efficacia di tale sistema.

Il contributo individuale rappresenta infatti una risorsa critica aziendale e la motivazione a far sì che le persone operino in linea con i contributi richiesti richiede di essere incentivata anche attraverso sistemi di retribuzione variabile.

L'efficacia del processo di raccordo tra retribuzione variabile e obiettivi di budget richiede in primis di evitare una eccessiva centralizzazione del sistema di programmazione e controllo, così come un'eccessiva meccanicizzazione del processo di raccordo.

Vanno quindi evitate prassi in cui si ritenga che i sistemi di budget definiscano in modo esauriente gli obiettivi, quelli di controllo ne misurino matematicamente il grado di raggiungimento e ci sia un allineamento automatico dei sistemi di ricompensa.

Altre precondizioni affinché il processo funzioni sono (Bergamaschi, 2000; Del Vecchio, De Pietro, 2002):

- un sistema di programmazione e controllo a regime e una cultura gestionale già ampiamente sviluppata in azienda;
- l'individuazione di obiettivi misurabili, ossia espressi attraverso indicatori tipicamente quantitativi;
- un adeguato processo di selezione degli obiettivi collegati alla retribuzione di risultato;
- una chiara distinzione tra processo di budget, valutazione e retribuzione di risultato;
- l'esistenza di un sistema di valutazione complessivo di cui la valutazione dei risultati rappresenti solo una parte;
- la costruzione di un meccanismo che permetta di differenziare il contributo tra i diversi soggetti (considerando che gli obiettivi di budget sono dell'unità organizzativa, mentre la retribuzione di risultato è legata alle singole persone).

2.2.3 RAR

L'istituto contrattuale delle Risorse aggiuntive regionali (RAR) rappresenta una delle leve che è possibile utilizzare per sviluppare processi di miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione del personale (Preintesa sulle Risorse aggiuntive regionali, 2019).

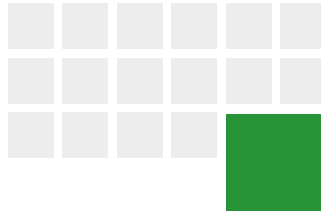
Tale istituto prevede che ogni azienda sanitaria definisca al proprio interno degli obiettivi che siano attribuibili a tutte le unità operative e a tutto il personale dipendente. Tali obiettivi devono essere coerenti con quelli definiti dalla Regione e misurabili attraverso l'individuazione di indicatori di raggiungimento degli stessi.

La Regione individua in genere aree di miglioramento di interesse generale che possano essere applicate sia alla dirigenza che al comparto e il cui sviluppo sia in linea con gli obiettivi complessivi di riforma del Sistema sanitario regionale.

I progetti aziendali devono prevedere in modo specifico il grado di partecipazione e il contributo atteso a favore del raggiungimento del risultato, sia esso espresso a livello individuale o di gruppo.

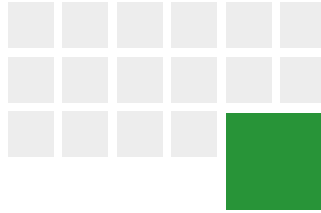
A fronte della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi, le direzioni aziendali garantiscono le risorse economiche stabilite dall'accordo con le organizzazioni sindacali regionali.

Le RAR rappresentano un istituto differente dal fondo di retribuzione di risultato, sono destinate al trattamento economico accessorio e non possono essere portate a incremento dei fondi contrattuali.



Sintesi

Le politiche e gli strumenti di gestione delle risorse umane assumono una rilevanza fondamentale nel governo delle aziende sanitarie. In particolare, la valutazione del personale rappresenta uno strumento fondamentale per conoscere punti di forza e di debolezza del personale, attivare interventi formativi e costruire adeguati percorsi di carriera. Insieme ai sistemi premianti, le RAR rappresentano efficaci strumenti di integrazione e di miglioramento dei comportamenti e delle performance dei dipendenti.



Ripasso

Quali sono gli ambiti di valutazione del dirigente medico?

Gli ambiti di valutazione sono:

- risultati conseguiti a fronte di obiettivi assegnati;
- comportamenti organizzativi;
- competenze professionali maturate.

Su che cosa incidono gli esiti della valutazione?

Gli esiti della valutazione incidono sulla conferma o sul conferimento degli incarichi. Una valutazione positiva infatti non solo comporta l'attribuzione della retribuzione di risultato, ma rappresenta una condizione necessaria alla conferma dell'incarico o a processi di upgrading. Una valutazione negativa, d'altro canto, oltre a far perdere l'attribuzione della retribuzione di risultato, comporta la mancata conferma dell'attribuzione dell'incarico.

Dal punto di vista aziendale a cosa serve la valutazione?

La valutazione rappresenta uno strumento per la crescita dei singoli individui, oltre che per l'organizzazione, in quanto fornisce elementi utili per tracciare percorsi di carriera e per collocare ciascun dirigente nella posizione più adeguata alle sue capacità e competenze.

Quali sono le precondizioni per un sistema di valutazione collegato ad obiettivi efficace?

Sono:

- un sistema di programmazione e controllo a regime e una cultura gestionale già ampiamente sviluppata in azienda;

- l'individuazione di obiettivi misurabili, ossia espressi attraverso indicatori tipicamente quantitativi;
- un adeguato processo di selezione degli obiettivi collegati alla retribuzione di risultato;
- una chiara distinzione tra processo di budget, valutazione e retribuzione di risultato;
- l'esistenza di un sistema di valutazione complessivo di cui la valutazione dei risultati rappresenti solo una parte;
- la costruzione di un meccanismo che permetta di differenziare il contributo tra i diversi soggetti (considerando che gli obiettivi di budget sono dell'unità organizzativa, mentre la retribuzione di risultato è legata alle singole persone).

Che cosa prevede l'istituto delle RAR?

Tale istituto prevede che ogni azienda sanitaria definisca al proprio interno degli obiettivi che siano attribuibili a tutte le unità operative e a tutto il personale dipendente. Tali obiettivi devono essere coerenti con quelli definiti dalla Regione e misurabili attraverso l'individuazione di indicatori di raggiungimento degli stessi.

Riferimenti bibliografici e sitografici

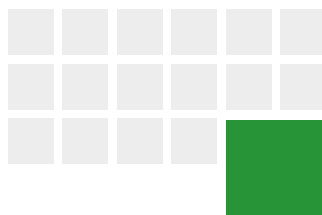
Bergamaschi M. (2016), *Professional service firms. Nuove traiettorie per competere*, Egea, Milano.

Bergamaschi M. (2000), «Il collegamento tra budget e sistema premiante nelle aziende sanitarie», in G. Casati (a cura di), *La programmazione e il controllo nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.

Del Vecchio M., De Pietro C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano, pp. 558-577.

Pelliccioli I. (2007), *La valutazione della dirigenza del Servizio sanitario Nazionale*, Franco Angeli, Milano.

Preintesa sulle Risorse Aggiuntive Regionali, https://www.uilfplpavia.it/fs/1/2/16/1227/preintesa_1_rar_2019_dirigenza.pdf



2.3 La formazione permanente e il sistema dei crediti formativi

Federica Meriggi

L'esigenza di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie erogate e la soddisfazione dei pazienti, il rapido e continuo sviluppo riscontrabile in campo medico e sanitario, l'inarrestabile progresso in termini di tecnologie e organizzazione impongono un costante allineamento delle singole professionalità con gli standard in continua evoluzione. Risulta pertanto fondamentale che i processi di accreditamento e di certificazione delle strutture sanitarie d'offerta non siano disgiunti dalla formazione continua dei professionisti sanitari. A questa esigenza cerca di rispondere il sistema di formazione continua (Educazione Continua in Medicina - ECM), la cui fase a regime per tutti gli operatori sanitari è iniziata a far data dal gennaio 2002, disciplinata dagli artt. 16-bis, 16-ter e 16 quater del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2.3.1 Cos'è l'ECM

L'ECM è l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da chiunque lo desideri (si tratti di una società scientifica o di una società professionale, di un'azienda ospedaliera o di una struttura specificatamente dedicata alla formazione in campo sanitario ecc.), con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità.

All'interno del progetto di ECM, la professionalità è intesa come l'insieme di conoscenze teoriche (sapere), abilità tecniche o manuali (saper fare), capacità comunicative e relazionali (saper essere).

ECM è lo strumento utile per migliorare le prestazioni, garantire efficienza ed efficacia nell'assistenza sanitaria, consentire ai professionisti di aggiornare il proprio operato alle linee guida e all'evoluzione scientifica e aggiornare le proprie conoscenze, abilità e soprattutto competenze.

La formazione continua è rivolta:

- ai professionisti della salute, cui si assicura la libertà di scelta nell'offerta formativa, la parità di accesso alla formazione, la reciprocità del riconoscimento dei crediti tra Regioni;
- ai cittadini, ai quali si garantisce il diritto alla tutela della salute, l'uniformità sul territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'accreditamento delle strutture e dei professionisti;
- alle aziende sanitarie delle quali vengono valorizzate le potenzialità formative già in atto.

A partire dal 1° gennaio 2002, il programma ECM è applicato a tutte le categorie professionali sanitarie (dipendenti, convenzionati e liberi professionisti) e deve essere controllato, incoraggiato, promosso e organizzato dal Ministero della Salute.

Per facilitarne il corretto funzionamento sono stati divisi i compiti tra i diversi attori del sistema:

- la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) deve fornire informazioni, supporto alle varie iniziative formative e assicurare ai propri associati la qualità delle stesse;
- alle Regioni è affidato il compito di promuovere il programma ECM su base territoriale, predisporre un report annuale, pianificare e realizzare iniziative sull'attività svolta;
- alle associazioni e agli organismi professionali è affidato il compito di verificare la sussistenza dei requisiti dei provider, di gestire e certificare i crediti formativi acquisiti dal singolo professionista e valutare l'esito dell'attività formativa.

Ruolo fondamentale spetta però alla Commissione nazionale ECM, cui competono le seguenti attività:

- definire gli obiettivi educativi;
- individuare i criteri di valutazione degli eventi formativi;
- fissare i requisiti per l'accreditamento dei provider;
- identificare il numero di crediti che devono essere accumulati in un dato periodo di tempo;
- elaborare linee-guida per attivare i programmi a livello regionale e locale.

La Commissione nazionale ECM si avvale del supporto amministrativo-gestionale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e del supporto tecnico del Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (COGEAPS) per la costruzione e la gestione del dossier formativo.

2.3.2 I crediti formativi

I crediti formativi ECM sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento e al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità. Il tempo dedicato alle ore di formazione professionale e la qualità dell'attività svolta, sia essa teorica e pratica o sottoforma di congressi o stage all'estero, determinano la riconoscibilità e validità del credito.

L'accREDITAMENTO di un evento formativo viene svolto secondo indicatori di qualità o parametri di giudizio:

- la rilevanza dell'attività didattico-formativa;
- la qualità dell'organizzazione;
- la sua durata;
- l'importanza degli argomenti;
- l'esistenza o meno di sistemi di valutazione delle attività da parte dei partecipanti;
- l'autorevolezza professionale dei docenti;

secondo una griglia di valutazione stabilita da commissione nazionale. L'accREDITAMENTO consiste nell'assegnazione all'evento di un certo numero di crediti ECM che sono formalmente riconosciuti ai partecipanti all'evento.

Ogni operatore della sanità provvederà in piena autonomia al proprio aggiornamento, dovrà privilegiare, comunque, gli obiettivi formativi d'interesse nazionale e regionale.

Il professionista sanitario può inoltre programmare la propria formazione attraverso il «dossier formativo», che può essere individuale o di gruppo. Il dossier offre un bonus quale riduzione dell'obbligo formativo quantificato nella misura di 30 crediti formativi, di cui 10 assegnati nel triennio di riferimento se il professionista costruisce o aderisce a un dossier nel primo o nel secondo anno del triennio. Gli ulteriori crediti di bonus saranno assegnati nel triennio successivo rispetto a quello in cui si è costruito il dossier, qualora il dossier sia stato sviluppato nel rispetto dei principi di congruità e coerenza.

2.3.3 Anno 2019: novità per provider e professionisti

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) con delibera del 27 settembre 2018 ha concesso tempo fino alla fine del 2019 per mettersi in regola con il numero di crediti ECM obbligatori relativi al triennio precedente (2014-2016) e, per il nuovo triennio (2017-2019), ha aumentato la percentuale dei crediti acquisibili mediante autoformazione, che ora può coprire il 20% del fabbisogno e non più solo il 10%.

Pertanto, tutti i professionisti sanitari che nel triennio 2014-2016 non hanno soddisfatto

l'obbligo formativo hanno la possibilità di completare il conseguimento utilizzando i crediti maturati in tutto il triennio 2017-2019, considerando cioè tutta la formazione ECM effettuata fino al 31 dicembre 2019. Naturalmente i crediti trasferiti al triennio 2014-2016 non saranno considerati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo del triennio 2017-2019 e tale spostamento sarà irreversibile.

Successivamente, la Commissione nazionale per la formazione continua (CNFC), con delibera del 25 ottobre 2018, ha adottato alcune novità in materia di crediti formativi ECM con decorrenza dal 1° gennaio 2019, aventi ad oggetto:

- il nuovo Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione degli eventi ECM;
- il nuovo Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario;
- la modifica dei criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM, con particolare riferimento alle attività di formazione a distanza (FAD);
- l'ampliamento della lista dei Paesi stranieri nei quali è possibile svolgere attività di formazione individuale.

In particolare, il nuovo Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario ricorda che l'obbligo formativo è triennale, viene stabilito con deliberazione della CNFC ed è, per il triennio 2017-2019 pari a 150 crediti formativi, fatte salve le decisioni della CNFC in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali riduzioni. I crediti acquisiti durante i periodi di esenzione non vengono conteggiati per il soddisfacimento del fabbisogno formativo. Per il triennio 2017-2019 il professionista sanitario deve assolvere, in qualità di discente di eventi erogati dal provider, almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale, la residua parte del 60% dei crediti può essere maturata anche mediante attività di docenza in eventi ECM ovvero mediante le attività di formazione individuale. Non possono comunque essere maturati più di 50 crediti formativi per la partecipazione ad un singolo evento formativo. L'obbligo formativo continua a decorrere dal primo gennaio successivo alla data di prima iscrizione all'Ordine.

2.3.4 Esoneri ed esenzioni

Sono esonerati per l'intero obbligo formativo individuale annuale ECM i professionisti sanitari che frequentano i seguenti corsi post-base:

- laurea specialistica, diploma di specializzazione, dottorato di ricerca, master universitari della durata di uno o più anni e che erogano almeno 60 CFU/anno;
- corso di formazione specialistica in medicina generale;
- corso di specializzazione in psicoterapia per medici e psicologi.

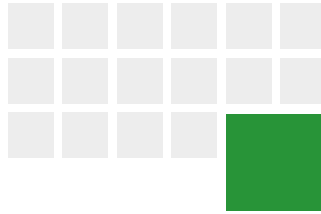
La frequenza di corsi universitari diversi da quelli sopraelencati dà diritto all'esonero di 4 crediti per mese e solo se il corso abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese. Qualora la frequenza sia a cavallo di più anni, l'esonero è attribuito all'anno di maggior frequenza. Al professionista sanitario viene tuttavia concessa la possibilità di scegliere l'anno di attribuzione dall'esonero qualora la frequenza sia a cavallo di più anni e a condizione che la frequenza sia stata di almeno 3 mesi nell'anno prescelto per l'attribuzione dell'esonero.

Sono altresì esonerati i professionisti domiciliati o che esercitano la propria attività presso le zone colpite da catastrofi naturali, limitatamente al periodo temporale definito dalla Commissione nazionale per la formazione continua, nonché i professionisti che frequentino i corsi di formazione manageriale ex art. 16-quinquies del D.lgs. 502/1992 per l'intero obbligo formativo individuale annuale e i professionisti che frequentino corsi per il rilascio dell'attestato di micologo, per l'intero obbligo formativo individuale annuale se il corso ha durata annuale, mentre nella misura del 50% dell'obbligo formativo individuale annuale del biennio se il corso ha durata biennale.

Sono esentati dall'obbligo formativo ECM, nella misura di 4 crediti/mese, i professionisti che sospendono l'attività per:

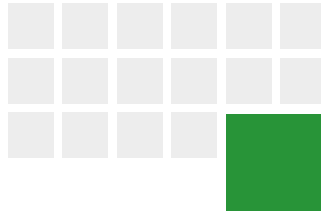
- congedo maternità e paternità;
- congedo parentale e congedo per malattia del figlio;
- adozione e affidamento preadottivo;
- adozione internazionale aspettativa non retribuita durata espletamento pratiche;
- congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap;
- aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari;
- permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie;
- assenza per malattia;
- richiamo alle armi o servizio di volontariato alla CRI;
- aspettativa per incarico di direttore sanitario aziendale e direttore generale;
- aspettativa per cariche pubbliche elettive;
- aspettativa per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali.

L'esenzione viene calcolata nella misura di n. 2 crediti ECM ogni 15 giorni continuativi di sospensione dell'attività professionale attestata o autocertificata. L'esenzione non può in alcun caso eccedere 1/3 dell'obbligo formativo individuale triennale per ciascun anno di attribuzione.



Sintesi

L'ECM è un dovere e al tempo stesso un'opportunità per tutti i professionisti sanitari. È l'indispensabile strumento per «migliorare le prestazioni, garantire efficienza ed efficacia nell'assistenza sanitaria, consentire ai professionisti di aggiornare il proprio operato alle linee guida ed all'evoluzione scientifica ed aggiornare le proprie conoscenze, abilità e soprattutto competenze» (Bonometti, Maioli 2008).



Ripasso

Da quando decorre l'obbligo di formazione continua?

L'obbligo di formazione continua decorre dal primo gennaio successivo alla data di prima iscrizione all'ordine.

Che cosa sono i crediti ECM?

I crediti ECM rappresentano sotto forma numerica il sistema con il quale il professionista sanitario deve provvedere al proprio bisogno formativo sotto l'aspetto clinico e organizzativo.

Sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento e al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità.

Con che periodicità si verificano i crediti formativi?

L'obbligo formativo è triennale e il numero di crediti ECM da soddisfare nel periodo viene stabilito con deliberazione della CNFC.

Cos'è l'autoformazione?

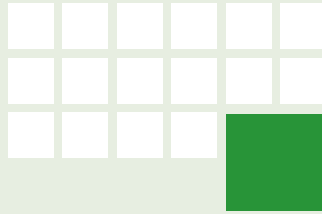
L'autoformazione è l'attività di formazione individuale. La percentuale di crediti acquisibili mediante autoformazione è aumentata dal 10 al 20% per il triennio 2017-2019.

Riferimenti bibliografici

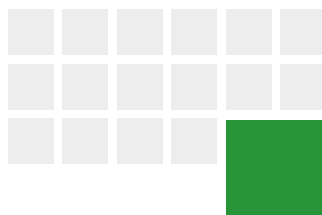
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Commissione nazionale per la formazione continua (2017), «Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario».

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Commissione nazionale per la formazione continua (2017), «Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM».

Bonometti S., Maioli S. (2008), «La formazione nel contesto organizzativo sanitario», in Maioli S., Mostarda M.P. (a cura di), *La gestione della formazione nelle organizzazioni sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, pp. 1-72.



3 Skills & behaviour



3.1

Il ruolo della comunicazione aziendale in sanità

Monica Cremonesi

L'attività di comunicazione assume un ruolo strategico per promuovere l'offerta sanitaria, potenziare il posizionamento aziendale e quindi creare valore traducibile in notorietà e reputazione.

Negli ultimi anni si è consolidato il ruolo che la comunicazione occupa all'interno delle strutture sanitarie. Tuttavia, spesso, appaiono confusive e frammentate le funzioni che le vengono attribuite. Ciò è dimostrato, per esempio, dalla collocazione degli uffici (comunicazione, URP, ufficio stampa) nell'organigramma: in alcuni casi sono posti in staff alla direzione generale, in altri alla direzione sanitaria, e in alcuni casi anche alla direzione di presidio, modificando, quindi, la linea decisionale e di conseguenza il commitment strategico.

Nonostante la normativa, e una ormai diffusa consuetudine all'uso degli strumenti di comunicazione, è ancora necessario definire i confini di questo ruolo e dei professionisti coinvolti.

3.1.1 Gestione della comunicazione interna ed esterna

Le attività di comunicazione sono un asset della direzione strategica per la costruzione delle relazioni e della reputazione rivolta a diversi stakeholders. Il ruolo della comunicazione è far conoscere l'offerta, favorire il processo di empowerment del paziente e rafforzare l'immagine della struttura attraverso un unico racconto di valori e identità attraverso modelli di comunicazione integrata. Alla base di ogni intervento ci deve essere la consapevolezza che la comunicazione è una disciplina con regole e criteri e che solo un impegno coeso e coordinato può dare risultati che vengono a consolidarsi nel tempo.

Le aree di intervento si possono raggruppare in questo elenco che prevede sia attività di progettazione sia di gestione e presidio/controllo:

- potenziare la brand image per sviluppare valore;
- presidiare la comunicazione istituzionale;
- promuovere l'offerta e migliorare l'accessibilità ai servizi;
- costruire un sistema di customer care ed empowerment;
- gestire le situazioni di crisi;
- collaborare per la gestione del fundraising e del marketing istituzionale.

In una realtà complessa come quella di un'azienda ospedaliera, il ruolo della comunicazione è molteplice anche per quanto riguarda i target di riferimento che sono molto diversi tra loro. È importante chiarire chi parla e a chi si parla. The «content is king» rimane la grande guida, ma solo se ben indirizzato e con i canali corretti il messaggio può arrivare all'obiettivo di facilitare l'accesso ai servizi per i pazienti, gestire situazioni di crisi sui media o promuovere campagne di sensibilizzazione per i cittadini o siglare partnership o sponsorship per il fundraising.

Il ruolo della comunicazione è nella sua estrema sintesi riassumibile nella costruzione e nella gestione di un sistema di informazione e comunicazione integrato in linea con le indicazioni di indirizzo strategico e coerente con la propria storia e i propri valori.

In questo sistema è decisiva la comunicazione interna; la community aziendale rappresenta un veicolo altamente credibile di segni e contenuti legati alla struttura. È indubbio che la reputazione di un'azienda sanitaria si lega in primo luogo all'esperienza che l'utente ha con il personale, in secondo luogo con il prodotto/servizio. In questa logica rientrano anche le iniziative di *engagement* del dipendente e di creazione di strumenti per la comunicazione interna.

Fondamentale è l'apporto della comunicazione nella progettazione degli strumenti e dei contenuti; i primi devono essere attuali e funzionali alla promozione del prodotto/servizio (social, magazine, welfare aziendale ecc.), i secondi (testi, e-content, video ecc.) devono essere sempre aggiornati, puntuali, e soprattutto validati dal punto di vista scientifico. Questo processo di qualità dei contenuti è uno dei driver principali per rafforzare la credibilità di una struttura presente in un contesto digitale in cui le informazioni sono diffuse in modo non sempre certificato. A ciò si aggiunge il dovere di servizio e trasparenza a cui è chiamata a rispondere una struttura sanitaria.

Nella job description di questa funzione si privilegia quindi la promozione e il coordinamento di tutti i processi di comunicazione. I compiti principali sono:

- definire le policy di comunicazione, secondo le linee aziendali e regionali (piano di comunicazione, regolamenti);

- coordinare e promuovere le attività di brand image (gestione del marchio e dei patrocini immagine coordinata, comunicazione visiva, web reputation);
 - progettare e gestire canali/strumenti per promuovere la comunicazione istituzionale, sanitaria/scientifica (prodotti editoriali, siti web, profili social, magazine, eventi ecc.);
 - produrre e coordinare i contenuti destinati ai diversi pubblici di riferimento con particolare attenzione al processo di validazione (progettazione campagne, palinsesti news e video);
 - coordinare e gestire la comunicazione interna (brand awareness, welfare aziendale, intranet, eventi ecc.);
 - collaborare allo sviluppo della comunicazione organizzativa per favorire la customer experience (revisione dei processi di accoglienza, percorsi di accesso ai servizi ecc.);
- promuovere e presidiare le media e social relation. Cioè produrre contenuti, in forma divulgativa e giornalistica, secondo criteri di trasparenza, veridicità, puntualità, anche in situazioni di crisi (rassegna stampa, shooting e riprese video);
- promuovere eventi e momenti di confronto in una logica di inclusione e di partecipazione e di raccolta fondi (partecipazione a eventi cittadini, affitto spazi per eventi);
 - co-gestione degli spazi per favorire l'accoglienza e l'accesso considerando l'ospedale come un media (segnaletica, decoro).

Il ruolo della comunicazione richiede anche un ripensamento sulle professionalità coinvolte che governano un sistema fortemente trasversale all'intera organizzazione, che impatta con modelli di comunicazione che mutano alla velocità delle nuove tecnologie, ed è ampiamente esposto all'empowerment dei vari target. È fondamentale che tali figure garantiscano una formazione adeguata.

La legge prevede alcuni profili a copertura delle aree di informazione e comunicazione previsti anche dai recenti CCNL. È riconosciuta la figura del comunicatore pubblico che coordina diverse aree di competenza:

1. portavoce: figura di fiducia del vertice che presidia i rapporti di carattere politico istituzionale;
2. ufficio stampa: gestisce le relazioni e i contenuti attraverso i media;
3. ufficio relazioni con il pubblico: favorisce l'ascolto e l'accesso ai servizi e fa analisi della qualità percepita ed è snodo fra comunicazione interna ed esterna ai fini del miglioramento della qualità dei servizi.

3.1.2 URP e Customer Care

L'ufficio relazioni con il pubblico (URP) è il luogo storicamente deputato all'ascolto e racchiude in sé le competenze per poter gestire le segnalazioni degli utenti che hanno necessità di

chiarimenti, e per ripristinare la relazione interrotta tra l'organizzazione e il paziente/cliente. In molte realtà è anche il punto più strutturato per fornire le informazioni di accesso e di orientamento, consapevole che un cittadino informato può essere una risorsa e al contempo facilitare agli operatori il compito di assicurare servizi mirati tempestivi e qualitativamente validi.

Nelle organizzazioni sanitarie l'URP ormai è consolidato nel proprio ruolo, anche se spesso non viene valorizzato per il reale valore aggiunto con cui contribuisce a fare una diagnosi organizzativa utile al miglioramento dei servizi. Infatti, i dati raccolti attraverso i contatti *one to one*, oppure attraverso le rilevazioni di customer satisfaction sono preziosi per adeguare i servizi a misura di paziente. La segnalazione, il post, anche un like sui social sono un *segno* in cui si pone il rapporto tra paziente e struttura e ne descrivono il rapporto di fiducia.

Non è da sottovalutare il ruolo che l'URP svolge per evitare conflitti che possono sconfinare in azioni mediatiche o richieste risarcitorie; proprio su questo tema l'URP collabora con i mediatori di conflitti che adottano tecniche di mediazione trasformativa per recuperare la relazione di fiducia interrotta e con i gruppi di lavoro interni deputati a fare analisi delle richieste di sinistri (Comitati Valutazione Sinistri).

AZIONE	RISULTATO	METAFORA
Prevenzione terziaria	Evitare lo sviluppo della malattia ed il suo propagarsi	Evitare che il disservizio si amplifichi e che il disagio si diffonda
Prevenzione secondaria	Fare diagnosi precoce	Riconoscere precocemente il disservizio, rimuovendone immediatamente le cause, ma anche il disagio percepito, distinguendo l'uno dall'altro, evitando di alimentare aspettative irrealizzabili, analizzando il perché delle aspettative superiori alle capacità dichiarate
Prevenzione primaria	Evitare le cause di insorgenza della malattia	Rispondere alle aspettative che vanno costantemente ricondotte ai contenuti istituzionali e sanitario/scientifici pubblicati sugli strumenti/canali di comunicazione

Tabella 3.1 – La metafora del reclamo.

È stato proprio l'URP l'attore principale della *cultura al servizio* avviata nella Pubblica Amministrazione a partire dagli anni Novanta; con lui sono stati introdotti i primi sistemi di informazione a garanzia di un'accessibilità ai servizi (Carte dei Servizi e info point).

Nel contesto attuale della comunicazione digitale e social e dell'*overload* informativo, l'URP è destinato ad ampliare i confini del suo intervento agendo in nuovi luoghi di ascolto e di raccolta delle conversazioni. Infatti, l'uso massivo di informazioni evidenzia grandi potenzialità ma anche rischi di sovraesposizione e paradossalmente di perdita di credibilità. Quando lanciamo un messaggio, infatti, gli stakeholder sono pronti non solo ad ascoltare, ma anche a verificarne l'autenticità utilizzando la rete, i social, il passaparola tra i pazienti, i like.

L'URP quindi entra di diritto nel territorio della comunicazione per condivisione di stru-

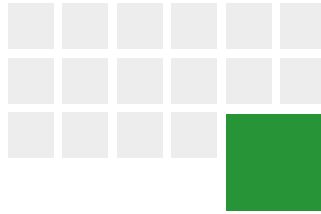
menti e finalità rivolte al cittadino/paziente/cliente, anche digitale, e diventa un punto fondamentale di snodo tra la comunicazione interna ed esterna.

Un approccio strategico vuole che l'URP sia al centro di un sistema di customer service multicanale e a tale scopo deve essere fortemente integrato con i diversi punti di contatto, informazione e di accoglienza (centralino, call center, punti informazione, numeri verdi). Per rendere efficaci gli interventi di queste aree di primo contatto è indispensabile creare intorno a loro un sistema integrato e dinamico di gestione dei flussi per rendere più efficace il dialogo coi cittadini e i pazienti.

Nella pratica l'URP si occupa di:

- gestire la customer experience, attraverso l'ascolto dei pazienti e la predisposizione di risposte ufficiali a nome dell'organizzazione;
- curare il monitoraggio di ogni conversazione che coinvolge l'utente integrando i propri dati con le informazioni fornite da altre aree dedicate al contatto, nella logica di crescere la cultura del Citizen Relationship Management;
- curare la reportistica con gli indicatori utili a migliorare i servizi;
- coordinare le iniziative di customer satisfaction attraverso indagini della qualità percepita;
- collaborare con il terzo settore per promuovere iniziative comuni di welfare.

L'area di customer care - URP è un osservatorio strategico per individuare aree di intervento finalizzate all'umanizzazione delle cure e la messa in pratica di best practice focalizzate all'attenzione per il paziente. Concludendo, possiamo confermare che l'evoluzione dell'area della comunicazione coinvolge a pieno regime anche l'URP quale collaboratore prezioso per il comunicatore perché restituisce la misura della performance e produce informazioni per la customizzazione dei servizi.



Sintesi

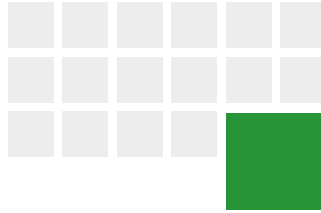
Il ruolo della comunicazione è far conoscere l'offerta, semplificare il processo di empowerment del paziente e rafforzare l'immagine e il posizionamento della struttura.

Il ruolo della comunicazione è nella sua estrema sintesi riassumibile nella costruzione e nella gestione di un sistema di informazione e comunicazione integrato da diversi strumenti funzionali agli obiettivi.

Fondamentale è l'apporto della comunicazione nella progettazione degli strumenti funzionali al target e nella produzione di contenuti validati da un punto di vista scientifico. Questo processo di qualità dei contenuti è uno dei driver principali per rafforzare la credibilità di una struttura presente in un contesto digitale in cui le informazioni sono diffuse in modo non sempre certificato. A ciò si aggiunge il dovere di servizio e trasparenza a cui è chiamata a rispondere una struttura sanitaria.

La community aziendale rappresenta uno dei principali driver per una comunicazione efficace, data la personalizzazione del prodotto/servizio erogato. In questa logica rientrano le iniziative di engagement del dipendente e di creazione di strumenti per la comunicazione interna.

Tra gli strumenti principali all'interno del sistema di informazione e comunicazione c'è anche l'area di customer care, presidiata dall'URP quale gestore principale del contatto *one to one* e della customer experience.



Ripasso

Quali sono le funzioni principali della comunicazione aziendale?

L'attività di comunicazione assume un ruolo strategico per promuovere l'offerta sanitaria, potenziare il posizionamento aziendale e quindi creare valore traducibile in notorietà e reputazione.

Perché è opportuno promuovere iniziative di engagement del dipendente?

La community aziendale rappresenta un veicolo altamente credibile di segni e contenuti legati alla struttura. È indubbio che la reputazione di un'azienda sanitaria si lega in primo luogo all'esperienza che l'utente ha con il personale, in secondo luogo con il prodotto/servizio. In questa logica rientrano anche le iniziative di engagement del dipendente e di creazione di strumenti per la comunicazione interna.

Che cosa si intende per processo di validazione dei contenuti?

I contenuti (testi, e-content, video ecc.) devono essere sempre aggiornati, puntuali, e soprattutto validati dal punto di vista scientifico. Questo processo di qualità dei contenuti tiene conto della verifica delle fonti e dei processi autorizzativi interni sia da parte degli specialisti di settore che del responsabile gerarchico in carica. La validazione è uno dei driver principali per rafforzare la credibilità di una struttura presente in un contesto digitale in cui le informazioni sono diffuse in modo non sempre certificato. A ciò si aggiunge il dovere di servizio e trasparenza a cui è chiamata a rispondere una struttura sanitaria.

Quali sono gli indicatori della customer experience che l'URP può restituire all'organizzazione per customizzare il servizio?

L'URP restituisce la misura della performance aziendale e produce informazioni per la customizzazione dei servizi, fornisce dati raccolti attraverso i contatti *one to one*, oppure attraverso le rilevazioni di customer satisfaction. La segnalazione, il post, anche un like sui social sono un *segno* in cui si pone il rapporto tra paziente e struttura e ne descrivono il rapporto di fiducia.

Riferimenti bibliografici e sitografici

Aacker D., Joachimsthaler E. (2010), *Brand Leadership*, Franco Angeli, Milano.

Basso Fossali P. (2008), *La promozione dei valori. Semiotica della comunicazione e dei consumi*, Franco Angeli, Milano.

Cremonesi M. (2005), «La spinta al cambiamento organizzativo», in G. Baraldo, S. Bortolami, C. Cipolla (a cura di), *Le segnalazioni degli utenti in sanità. Dalla tutela alla partecipazione*, Franco Angeli, Milano.

Fontana A. (2018), *Storytelling di Impresa*, Hoepli, Milano.

Lega F. (2013), *Management della Sanità. Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Egea, Milano.

Lega F. (2016), *Management della sanità. Comprendere e gestire le sfide del settore e delle aziende sanitarie*, Egea, Milano.

Semprini A. (2002), *Marche e mondi possibili. Un approccio semantico al marketing della marca*, Franco Angeli, Milano.

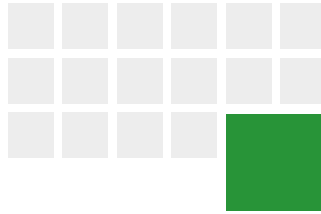
52° Rapporto CENSIS – 2018, *Comunicazione e Media*, http://www.censis.it/?shadow_comunicato_stampa=121190

«L'E-marketing può rivoluzionare le aziende sanitarie?» (2018), <http://www.aiop.it/Pubblicazioni/TabId/251/ArtMid/914/ArticleID/89406/L%E2%80%99email-marketing-pu242-rivoluzionare-le-aziende-sanitarie.aspx>

«Salute, il 28% degli italiani si informa sul web. Censis: serve fact checking personale» (2018), <https://www.primaonline.it/2018/05/10/271500/salute-il-284-degli-italiani-si-informa-sul-web-censis-serve-fact-checking-personale/>

Comunicare Sanità. Strumenti on line per i servizi ai cittadini, Laboratorio Management e Sanità, Edizioni Polistampa, https://www.researchgate.net/publication/304524888_Comunicare_Sanita_Strumenti_online_per_i_servizi_ai_cittadini_Laboratorio_Management_e_Sanita_Scuola_Superiore_Sant'Anna_Firenze_Edizioni_Polistampa_2016_pp_85_73

«La disinformazione online e quello che possiamo fare» (2016), <https://blog.debiase.com/2016/08/22/la-disinformazione-online-e-quello-che-possiamo-fare-quattrococchi-pariser-menczer-fourmier-quelch-rietveld/>



3.2 Stili di direzione e leadership

Federico Lega

Nei principali dizionari inglesi, al verbo «to lead» corrisponde la definizione «guide or take, especially by going in front».

Il *leader* è quindi colui che dirige, che guida, che governa, che ispira l'azione di altri «stando in fronte», dando l'esempio. Il caso più classico di leader è certamente quello del comandante sul campo di battaglia, che per primo si lancia all'attacco ispirando gli altri più con il gesto, con l'esempio, che con le parole, a cui comunque ricorre prima e dopo per motivare ulteriormente e dare significato all'azione. La trasposizione di questo concetto, lo «stare in fronte», in organizzazioni ad alta complessità – come le aziende sanitarie – in cui lo scopo comune dell'agire organizzato non è evidente come sul campo di battaglia, può assumere vari significati. Per comprendere quindi cosa sia la leadership – e i suoi contenuti e meccanismi di azione – nel mondo aziendale, premessa necessaria e punto di partenza è la definizione e comprensione condivisa della natura e delle caratteristiche delle organizzazioni.

3.2.1 Si guidano le aspettative

Come descritto da Vickers [1967], «le organizzazioni sono strutture di aspettative reciproche, collegate ai ruoli che definiscono che cosa ogni membro può aspettarsi dagli altri e da se stesso». In questa prospettiva, ogni membro stipula con l'organizzazione una sorta di contratto psicologico. Secondo Schein [1965], «la nozione di contratto psicologico implica che il singolo individuo ha una serie di aspettative nei confronti dell'organizzazione e viceversa. Queste aspettative non solo riguardano quanto lavoro deve essere svolto e quanto verrà retribuito, ma l'insieme dei diritti e doveri – comportamenti attesi, contributi e ricompense – che regolano il rapporto tra il lavoratore e l'organizzazione (rappresentata dal capo...)».

Se si accetta questa definizione di organizzazione e di contratto psicologico, allora si può cominciare a perimetrare i contorni della leadership, riconducendola in prima battuta alla gestione delle aspettative dei membri dell'organizzazione.

Il leader è quindi colui che genera, modifica, regola le aspettative dei membri rispetto alle necessità e opportunità di crescita e sviluppo dell'organizzazione, nel rispetto dei suoi fini istituzionali.

Ma non solo. Lo sviluppo delle organizzazioni dipende in misura significativa dal loro rapporto con l'ambiente esterno, con le istituzioni, con i fornitori, con i concorrenti, con i clienti, con tutti i portatori di interesse. Nelle aziende sanitarie la gestione di queste relazioni si presenta estremamente complessa a fronte di una serie di dinamiche ambientali che potremmo definire «strutturali». Quindi il leader è anche chiamato a interpretare e influenzare le aspettative che il contesto pone in capo alla propria organizzazione, ridefinendone il senso dell'agire, l'ambizione a raggiungere determinati risultati, e la migliore occupazione dello «spazio strategico» che l'ambiente consente.

3.2.2 Due aspetti fondamentali della leadership

Se si parte dal presupposto che l'azione dei leader debba concentrarsi sulla gestione delle aspettative interne ed esterne all'organizzazione, si può procedere a distinguere due macro-tipi di leadership, come descritto da De Vries (2006)¹.

Da un lato la leadership carismatica. Questa corrisponde alla leadership che altri autori hanno evidenziato come «visionaria», cioè capace di esprimere una visione che ispiri i comportamenti organizzativi e dia significato all'azione organizzativa.

Punto di partenza per delineare e attivare un cambiamento organizzativo è infatti la condivisione della necessità e urgenza di cambiare.

Il leader carismatico, in questa accezione, deve agire come:

1. *vision and sense maker* (il cosiddetto processo di *envisioning*): comunica la missione e la visione strategica dell'organizzazione, dà senso al contesto che è sempre più difficile da comprendere e gestire;
2. *problem solver*: semplifica i problemi complessi;
3. *staff coach*: si concentra sullo sviluppo dello staff e sulla sua motivazione.

I punti due e tre corrispondono all'*empowering*.

L'*envisioning* si compone di tre azioni:

¹ Le teorie sulla leadership sono numerose e distinguono diverse tipologie di leader, molto più articolate delle due presenti nel testo. Tuttavia, per gli scopi pragmatici di questo manuale, l'autore ha selezionato le due meta-tipologie di leadership che consentono di agire l'azione trasformativa che chi guida le organizzazioni è chiamato a svolgere per definirne le traiettorie di sviluppo strategico e «imbarcare» i collaboratori nel viaggio.

1. quella in cui il leader, vedi un direttore generale, è chiamato a «filtrare» la turbolenza ambientale e costruire una visione aggregante, definendo l'ordine di priorità e il senso dell'azione organizzativa (dove occorre centrare l'attenzione, perché cambiare, l'agenda del cambiamento ecc.);
2. la comunicazione di tale visione;
3. la traduzione della visione in obiettivi specifici.

L'empowering ha come scopo la «messa in contesto» dei collaboratori, attraverso la chiarificazione dei mandati – collegati a obiettivi specifici – e l'attenzione a creare le condizioni (investendo in formazione, comunità di pratiche ecc.) per lo sviluppo nelle persone delle competenze necessarie per lo svolgimento dei ruoli attesi.

Quest'ultima azione è il punto di aggancio con il secondo macro-tipo di leadership, quella definibile come «strumentale».

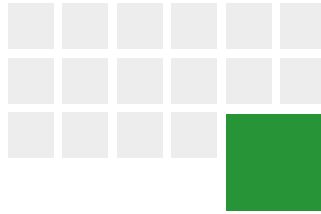
La leadership strumentale si esplica attraverso due ruoli del leader:

- a) l'architetto organizzativo, cioè colui che riprogetta l'organizzazione per renderla più capace di rispondere alle sfide poste dall'ambiente in cui opera. Ciò implica ridisegnare gli assetti organizzativi, le responsabilità, i ruoli dei collaboratori ed aver cura di assicurarsi che le persone comprendano chiaramente quali sono le aspettative di comportamento e di azione connesse ai loro ruoli. In questo processo dovrebbe anche essere ricercato il migliore allineamento possibile tra aspettative dell'organizzazione ed aspettative del singolo;
- b) manager operativo, cioè colui che controlla e gestisce l'organizzazione e i comportamenti dei singoli, punisce e premia. Qui è dove si ritrova il significato originario del termine leadership inteso come «stare in fronte». Il leader «strumentale» è colui che è presente, che arriva per primo e va via per ultimo, che dà l'esempio, che corrobora la visione con i suoi comportamenti quotidiani.

In organizzazioni complesse come le aziende sanitarie, la leadership carismatica e quella strumentale dovrebbero convivere nelle figure di direzione strategica, ma al tempo stesso dovrebbero essere diffuse in tutto il livello di responsabilità di alta direzione.

Un'azienda sanitaria, come una ASL o un'azienda ospedaliera, ha un grado di differenziazione interna di linee di prodotto e servizio molto elevato e si confronta con tanti sotto-ambienti esterni. Ciò comporta la necessità di avere una visione unificante, che dia senso e significato all'azienda e la «posizioni» rispetto alle aspettative dell'ambiente interno (professionale) ed esterno (politico-sociale-istituzionale), ma al tempo stesso la necessità da parte dei responsabili di linee di elaborare visioni settoriali (per il dipartimento di sanità pubblica, di salute mentale, per i distretti) più operative, che diano motivazione e direzione, senso dell'agire a tutti gli operatori.

Un'ultima notazione importante riguarda gli stili di direzione che il leader può assumere nell'esercizio delle sue funzioni. In questo campo la letteratura è vastissima e propone numerose classificazioni. Agli scopi di questo manuale è sufficiente però ricordare che gli stili si caratterizzano tutti in base a due categorie logiche di fondo. La prima, in relazione a quanto il leader ricorre a legami operativi piuttosto che «affettivi» con i propri collaboratori. La seconda categoria riguarda il ricorso rilevante alla delega verso un'attitudine spinta al «micro-management». L'incrocio tra questi quattro elementi definisce i quattro stili di direzione base. Quelli sui cui ogni leader ha di che riflettere per trovare la giusta combinazione nel contesto e nel momento di vita dell'organizzazione che dirige.

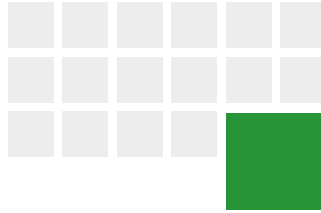


Sintesi

I leader si dividono in due grandi categorie «concettuali»: quelli carismatici e quelli strumentali. Il leader carismatico è quello che produce visione e significati, semplifica ma non banalizza i problemi complessi, funge da coach per facilitare lo sviluppo dei collaboratori. Il leader strumentale è un progettista di organizzazioni e un manager operativo, che controlla le attività quotidianamente e supervisiona in modo diretto i collaboratori. Il leader strumentale è colui che è presente, che arriva per primo e va via per ultimo, che dà l'esempio, che corrobora la visione con i suoi comportamenti quotidiani.

Le due «qualità» della leadership possono convivere nella stessa persona, che a seconda del momento di vita e del contesto organizzativo in cui si trova ad agire può esercitare una funzione più carismatica o più strumentale.

In organizzazioni complesse come le aziende sanitarie, la leadership carismatica e quella strumentale dovrebbero convivere nelle figure di direzione strategica, ma al tempo stesso dovrebbero essere diffuse in tutto il livello di responsabilità di alta direzione, tra cui di direttori di dipartimento e di struttura complessa.



Ripasso

Che cosa contraddistingue un leader carismatico?

L'attenzione alla costruzione e condivisione di una visione guida dell'organizzazione, alla produzione di significati e di ambizioni attorno a cui motivare i collaboratori.

Che cosa contraddistingue un leader strumentale?

L'attenzione a progettare un'organizzazione capace di tradurre in pratica la visione, e la capacità operativa di tenere sotto controllo sistematicamente la pluralità di attività e di compiti delegati ai collaboratori.

Riferimenti bibliografici

CCNL Comparto Sanità 2016-2018.

Cohen M., March J. (1974), *Leadership and ambiguity*, McGraw-Hill, New York.

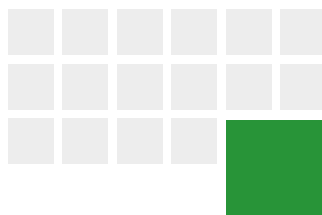
De Vries K.M. (2006), *The leadership mystique, Leading behavior in the human enterprise*, second edition, Prentice Hall.

Lewin K. (1951), *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (D. Cartwright, Ed.), Harper Torchbooks, New York.

Schein, E.H. (1965). *Organizational psychology*. Prentice-Hall.

Vickers, G. (1967), *Towards a Sociology of Management*, Basic Books, New York, NY .

Westley F., Mintzberg H. (1989), «Visionary Leadership and Strategic Management», *Strategic Management Journal*, Vol. 10, Special Issue: Strategic Leaders and Leadership, pp. 17-32.



3.3 Il benessere organizzativo quale strumento di engagement aziendale

Alessandro Boscati

3.3.1 Welfare aziendale

Il tema del benessere organizzativo si riconduce sul piano giuridico all'obbligo di sicurezza gravante sul datore di lavoro (privato e pubblico) ai sensi dell'art. 2087 c.c. e del D.lgs. 81/2008. In tale ambito una propria specificità assume la tematica del welfare aziendale, da intendersi come l'insieme delle iniziative di natura contrattuale o unilaterali del datore di lavoro volte a incrementare il benessere del lavoratore e della sua famiglia attraverso una diversa ripartizione della retribuzione, che può consistere sia in benefit (rimborsi, polizze sanitarie ecc.) sia nella fornitura diretta di servizi, o in un mix delle due soluzioni.

Già alcuni contratti del settore pubblico sottoscritti prima del blocco contrattuale del 2010 contenevano limitate disposizioni volte a favorire politiche di welfare aziendale tramite il riconoscimento di benefici di natura assistenziale e sociale da disciplinare in sede di contrattazione integrativa (in particolare CCNL enti pubblici non economici, enti di ricerca e università). L'importanza del tema è stata tuttavia esplicitata nell'accordo tra governo e sindacati del 30 novembre 2016 in cui si è formalizzato l'impegno del governo di «sostenere la graduale introduzione anche nel settore pubblico di forme di welfare contrattuale, con misure che integrano e implementano le prestazioni pubbliche, di fiscalità di vantaggio del salario legato alla produttività e a sostenere lo sviluppo della previdenza complementare».

A seguito di tale accordo, il CCNL del comparto sanità sottoscritto il 21 maggio 2018 (analogamente ha previsto il CCNL d'area dirigenziale) ha demandato alla contrattazione integrativa aziendale la definizione dei criteri generali per l'attivazione di piani di welfare integrativo, definendone all'art. 94 i contenuti fondamentali. Ha così previsto che in sede integrativa le

aziende disciplinino la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei propri dipendenti, tra i quali: a) iniziative di sostegno al reddito della famiglia (sussidi e rimborsi); b) supporto all'istruzione e promozione del merito dei figli; c) contributi a favore di attività culturali, ricreative e con finalità sociale; d) prestiti a favore di dipendenti in difficoltà ad accedere ai canali ordinari del credito bancario o che si trovino nella necessità di affrontare spese non differibili; e) polizze sanitarie integrative delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Si è, altresì, previsto che gli oneri per la concessione dei benefici di cui sopra siano sostenuti mediante utilizzo di quota parte del Fondo premialità e fasce.

3.3.2 CUG e pari opportunità

L'art. 57 del D.lgs. n. 165/2001 ha previsto la costituzione in ogni pubblica amministrazione di un «Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni» (CUG). Tale organismo sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni. Il comitato ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione. Al comitato sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera o il consigliere nazionale di parità, contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

I compiti e le funzioni del comitato unico di garanzia sono stati stabiliti dalle linee guida introdotte dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e dal Ministro per le Pari Opportunità con la direttiva del 4 marzo 2011.

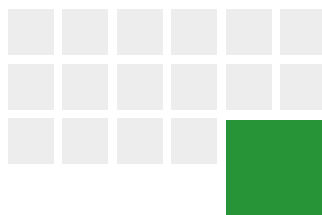
Così, tra i compiti propositivi sono compresi la predisposizione di piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne; la promozione e/o potenziamento di ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione vita privata/lavoro e quanto necessario per consentire la diffusione della cultura delle pari opportunità; i temi che rientrano nella propria competenza ai fini della contrattazione integrativa; le iniziative volte ad attuare le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone nonché azioni positive al riguardo; l'analisi e programmazione di genere che considerino le esigenze delle donne e quelle degli uomini (es. bilancio di genere); la diffusione delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici

e statistici sui problemi delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti, anche in collaborazione con la consigliera di parità del territorio di riferimento; le azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo; le azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche – mobbing – nell'amministrazione pubblica di appartenenza.

Tra i compiti consultivi sono indicati la formulazione di pareri su progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza; piani di formazione del personale; orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione; criteri di valutazione del personale, contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze.

Al comitato sono assegnati anche compiti di verifica sui risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità; sugli esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo; sugli esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro – mobbing; sull'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.

Al comitato è, altresì, attribuita la promozione della cultura delle pari opportunità e del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso la proposta, agli organismi competenti, di piani formativi per tutti i lavoratori e tutte le lavoratrici, anche attraverso un continuo aggiornamento per tutte le figure dirigenziali.

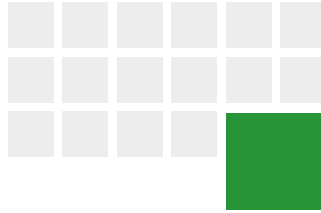


Sintesi

Il tema del benessere organizzativo (nel cui ambito assume una propria specificità quello del welfare aziendale) si riconduce sul piano giuridico all'obbligo di sicurezza gravante sul datore di lavoro (privato e pubblico) ai sensi dell'art. 2087 c.c. e del D.lgs. 81/2008.

Con specifico riferimento all'istituto welfare aziendale, i CCNL (di comparto e d'area dirigenziale) hanno demandato alla contrattazione integrativa aziendale la definizione dei criteri generali per l'attivazione di piani di welfare integrativo, definendone i contenuti fondamentali.

Il legislatore ha, inoltre, previsto la costituzione in ogni pubblica amministrazione di un «Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni» (CUG) che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva. Il comitato ha composizione paritetica, gli sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica, opera in collaborazione con la consigliera o il consigliere nazionale di parità, contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.



Ripasso

Che cosa si intende per welfare aziendale?

Si intende l'insieme delle iniziative di natura contrattuale o unilaterali del datore di lavoro volte a incrementare il benessere del lavoratore e della sua famiglia attraverso una diversa ripartizione della retribuzione, che può consistere sia in benefit (rimborsi, polizze sanitarie ecc.) sia nella fornitura diretta di servizi, o in un mix delle due soluzioni.

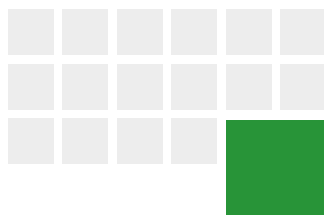
Che cos'è il «Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni»? Quali sono i compiti del comitato?

Il comitato unico di garanzia sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni. Il comitato opera in collaborazione con la consigliera o il consigliere nazionale di parità e gli sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica che sono specificati nelle linee guida introdotte dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e dal Ministro per le Pari Opportunità con la direttiva del 4 marzo 2011.

Riferimenti bibliografici

Olivelli F. (2020), «L'inquadramento sistematico del welfare aziendale», *Rivista del diritto della sicurezza sociale*, pp. 103 ss.

Zilli A. (2011), «Il Comitato unico di garanzia nelle pubbliche amministrazioni», *Giurisprudenza italiana*, pp. 2700 ss.



3.4 La gestione dei conflitti

Alessandro Boscati

3.4.1 La gestione dei procedimenti disciplinari e conciliazione

Il fondamento e le modalità di esercizio del potere disciplinare sono compiutamente regolamentati negli articoli da 55 a 55-octies del D.lgs. n. 165/2001, disposizioni espressamente qualificate come «norme imperative, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1339 e 1419, comma 2 del codice civile», con la possibilità per la fonte collettiva di intervenire solo per i profili per i quali è espressamente richiamata (v. 1.3). Il potere disciplinare è volto a sanzionare un comportamento inadempiente del dipendente per violazione degli obblighi di diligenza, obbedienza e fedeltà secondo il principio di proporzionalità tra infrazione e sanzione consacrato nell'art. 2106 c.c., espressamente richiamato dall'art. 55, comma 2, del D.lgs. n. 165/2001. La tipologia delle infrazioni e delle relative sanzioni è definita dai contratti collettivi cui si aggiungono le ulteriori ipotesi di sanzioni conservative previste *ex lege* dallo stesso D.lgs. n. 165/2001. Nel settore pubblico è previsto un sistema di pubblicità del codice disciplinare derogatorio rispetto a quello previsto nel settore privato. Non è necessaria la sua affissione in un luogo accessibile a tutti, è sufficiente la pubblicazione sul sito istituzionale dell'ente.

Nel settore pubblico è previsto anche un codice di comportamento, con la finalità di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. La violazione delle disposizioni del codice di comportamento è fonte di responsabilità disciplinare. Al codice generale, emanato con DPR n. 62/2013, si affiancano i codici delle singole amministrazioni finalizzati a specificare gli obblighi generali avendo a riferimento la specificità del singolo ente.

Per quanto concerne le modalità di esercizio del potere disciplinare, al responsabile della struttura (non necessariamente di qualifica dirigenziale) è attribuito il potere di applicazione della sola sanzione del rimprovero verbale secondo le previsioni del contratto collettivo, mentre all'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD) è assegnata la competenza per tutte le restanti sanzioni. L'ufficio si attiva o su segnalazione del responsabile della struttura il quale, in presenza di «fatti ritenuti di rilevanza disciplinare di cui abbia avuto conoscenza», ne deve dare notizia immediata e comunque entro dieci giorni; oppure di propria iniziativa, ogniqualevolta abbia comunque acquisito conoscenza dei fatti. L'UPD contesta per iscritto l'addebito al dipendente con immediatezza e comunque non oltre trenta giorni decorrenti dal ricevimento della predetta segnalazione, ovvero dal momento in cui abbia altrimenti avuto piena conoscenza dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare. L'ufficio, con lo stesso atto di contestazione o con separato atto, convoca il dipendente per il contraddittorio a sua difesa, con un preavviso di almeno venti giorni. Il dipendente può farsi assistere da un procuratore ovvero da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato. Entro il termine fissato, il dipendente può inviare una memoria scritta o, in caso di grave e oggettivo impedimento, formulare, per una sola volta, motivata istanza di rinvio, con proroga del termine per la conclusione del procedimento in misura corrispondente. L'UPD istruisce e conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro centoventi giorni dalla contestazione dell'addebito. Gli atti di avvio e conclusione del procedimento disciplinare, nonché l'eventuale provvedimento di sospensione cautelare del dipendente, sono comunicati da ogni amministrazione, per via telematica, all'ispettorato per la funzione pubblica, entro venti giorni dalla loro adozione. Sono perentori solo i termini per la contestazione dell'addebito e per la conclusione del procedimento. La violazione degli altri termini e delle disposizioni sul procedimento non determina la decadenza dall'azione disciplinare né l'invalidità degli atti e della sanzione irrogata, purché non risulti irrimediabilmente compromesso il diritto di difesa del dipendente e le modalità di esercizio dell'azione disciplinare risultino comunque compatibili con il principio di tempestività. È fatta salva l'eventuale responsabilità del dipendente cui essa sia imputabile. Durante l'istruttoria l'UPD può acquisire da altre pubbliche amministrazioni informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. Tale attività non determina la sospensione del procedimento né il differimento dei relativi termini. Il dipendente ha diritto di accedere agli atti istruttori del procedimento, salvo quanto previsto a tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

In merito alle modalità di comunicazione al dipendente nell'ambito del procedimento disciplinare, nel caso in cui egli disponga di idonea casella di posta elettronica, la contestazione dell'addebito è effettuata tramite posta elettronica certificata. In alternativa tramite consegna a mano o raccomandata con ricevuta di ritorno. Per le comunicazioni successive alla contestazione è consentito l'utilizzo della posta elettronica ordinaria dell'ente o di altri strumenti informatici di comunicazione, ovvero il numero di fax o altro indirizzo di posta elettronica, previamente indicati dal dipendente o dal suo procuratore.

Nel caso in cui il dipendente si trasferisca presso altra amministrazione, il procedimento è comunque avviato o concluso dall'amministrazione di destinazione che applica anche l'eventuale sanzione. Gli esiti del procedimento disciplinare devono essere in ogni caso comunicati anche all'amministrazione di provenienza. La cessazione del rapporto di lavoro non estingue il procedimento disciplinare qualora per l'infrazione commessa sia prevista la sanzione del licenziamento o se comunque sia stata disposta la sospensione cautelare dal servizio. In questo caso, le determinazioni conclusive sono assunte ai fini degli effetti giuridici non preclusi dalla cessazione del rapporto di lavoro.

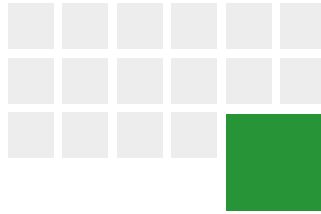
Un profilo di indubbio interesse attiene alla regolamentazione del rapporto tra processo penale e procedimento disciplinare. Si stabilisce così che il procedimento disciplinare che abbia ad oggetto, in tutto o in parte, fatti in relazione ai quali procede l'autorità giudiziaria penale, è proseguito e concluso, anche in pendenza del procedimento penale. La sua sospensione è ammessa per le infrazioni per le quali è applicabile una sanzione superiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per un periodo fino a dieci giorni e questo fino al termine del procedimento penale, qualora l'ufficio per i procedimenti disciplinari abbia a trattare casi di particolare complessità o non disponga all'esito dell'istruttoria di elementi sufficienti a motivare l'irrogazione della sanzione, salva sempre la possibilità di adottare la sospensione o altri strumenti cautelari nei confronti del dipendente. Il procedimento disciplinare sospeso può essere riattivato qualora l'amministrazione giunga in possesso di elementi nuovi, sufficienti per concludere il procedimento, compreso un provvedimento giurisdizionale non definitivo.

Importanti sono le disposizioni volte a regolare i diversi esiti del procedimento penale e di quello disciplinare. Se quest'ultimo ha condotto all'irrogazione di una sanzione, mentre quello penale termina con una sentenza irrevocabile di assoluzione perché il fatto addebitato al dipendente non sussiste o non costituisce illecito penale o non è stato commesso dal dipendente, l'UPD, ad istanza di parte, da proporsi entro il termine di decadenza di sei mesi dall'irrevocabilità della pronuncia penale, riapre il procedimento disciplinare, per modificarne o confermarne l'atto conclusivo in relazione all'esito del procedimento penale. Viceversa, se il procedimento disciplinare si è concluso con l'archiviazione e il successivo procedimento penale con una sentenza irrevocabile di condanna, l'UPD riapre il procedimento disciplinare per adeguare le determinazioni conclusive all'esito di quello penale. È altresì prevista la riapertura del procedimento disciplinare qualora dalla sentenza irrevocabile di condanna risulti che il fatto addebitabile al dipendente in sede disciplinare comporti la sanzione del licenziamento, mentre ne è stata applicata una diversa. In questi casi il procedimento disciplinare deve essere ripreso o riaperto, mediante rinnovo della contestazione dell'addebito, entro sessanta giorni dalla comunicazione della sentenza penale, da parte della cancelleria del giudice, all'amministrazione di appartenenza del lavoratore ovvero dal ricevimento dell'istanza di riapertura.

Il provvedimento disciplinare può essere impugnato esclusivamente innanzi all'autorità giudiziaria.

La normativa vigente vieta alla contrattazione collettiva di istituire procedure di impugnazione dei provvedimenti disciplinari e le consente solo di disciplinare, fuori dai casi per i quali è prevista la sanzione disciplinare del licenziamento, una procedura di conciliazione non obbligatoria, da instaurarsi e concludersi entro un termine non superiore a trenta giorni dalla contestazione dell'addebito e comunque prima dell'irrogazione della sanzione, volta a concordare la sanzione da applicare, non più impugnabile, che non può essere di specie diversa da quella prevista dalla legge o dalla contrattazione collettiva per l'infrazione per la quale si procede. In questa ipotesi i termini del procedimento disciplinare restano sospesi dalla data di apertura della procedura conciliativa e riprendono a decorrere nel caso di conclusione con esito negativo.

A differenza di quanto previsto nel settore privato, il giudice del lavoro che annulli una sanzione disciplinare per difetto di proporzionalità, può rideterminarla, in applicazione delle disposizioni normative e contrattuali vigenti, tenendo conto della gravità del comportamento e dello specifico interesse pubblico violato.



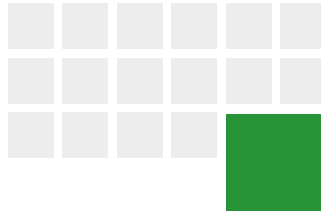
Sintesi

Il potere disciplinare è volto a sanzionare un comportamento inadempiente del dipendente per violazione degli obblighi di diligenza, obbedienza e fedeltà secondo il principio di proporzionalità tra infrazione e sanzione. La tipologia delle infrazioni e delle relative sanzioni è definita dal codice disciplinare (che deve essere reso pubblico sul sito internet dell'ente o reso comunque conoscibile), cui si aggiungono le ulteriori ipotesi di sanzioni conservative previste *ex lege*, nonché le previsioni del codice di comportamento.

Per lo svolgimento del procedimento disciplinare ogni ente individua uno specifico organismo (l'Ufficio per i procedimenti disciplinari – UPD) che contesta l'addebito, convoca e sente a difesa il dipendente, applica la sanzione o archivia il procedimento.

Il procedimento disciplinare continua anche nel caso di trasferimento del dipendente e nel caso di cessazione del rapporto di lavoro.

Una particolare disciplina è dettata per il raccordo tra procedimento penale e procedimento disciplinare, ferma l'autonomia dei due procedimenti.



Ripasso

Qual è la procedura che deve essere seguita per contestare l'addebito disciplinare e per applicare la sanzione?

L'UPD ricevuta la segnalazione o acquista, comunque, la notizia dell'illecito, contesta per iscritto l'addebito al dipendente con immediatezza e comunque non oltre trenta giorni decorrenti dal ricevimento della predetta segnalazione; con lo stesso atto di contestazione o con separato atto, convoca il dipendente per il contraddittorio a sua difesa, con un preavviso di almeno venti giorni. Il dipendente può farsi assistere in tale sede o inviare una memoria scritta o, in caso di grave e oggettivo impedimento, formulare, per una sola volta, motivata istanza di rinvio, con proroga del termine per la conclusione del procedimento in misura corrispondente. L'UPD istruisce e conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro centoventi giorni dalla contestazione dell'addebito.

Qual è il rapporto tra procedimento disciplinare e procedimento penale?

Il procedimento disciplinare che abbia ad oggetto, in tutto o in parte, fatti in relazione ai quali procede l'autorità giudiziaria penale, è proseguito e concluso, anche in pendenza del procedimento penale. La sua sospensione è ammessa per le infrazioni per le quali è applicabile una sanzione superiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per un periodo fino a dieci giorni, qualora l'ufficio per i procedimenti disciplinari abbia a trattare casi di particolare complessità o non disponga all'esito dell'istruttoria di elementi sufficienti a motivare l'irrogazione della sanzione, salva sempre la possibilità di adottare la sospensione o altri strumenti cautelari nei confronti del dipendente. Il procedimento disciplinare sospeso può essere riattivato qualora l'amministrazione giunga in possesso di ele-

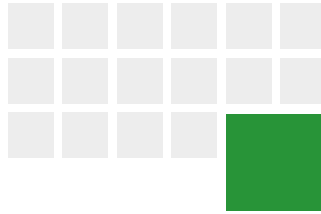
menti nuovi, sufficienti per concludere il procedimento, compreso un provvedimento giurisdizionale non definitivo.

Quanto al raccordo tra i due procedimenti, se il procedimento disciplinare ha condotto all'irrogazione di una sanzione, mentre quello penale termina con una sentenza irrevocabile di assoluzione perché il fatto addebitato al dipendente non sussiste o non costituisce illecito penale o non è stato commesso dal dipendente, l'UPD, ad istanza di parte, da proporsi entro il termine di decadenza di sei mesi dall'irrevocabilità della pronuncia penale, riapre il procedimento disciplinare, per modificarne o confermarne l'atto conclusivo in relazione all'esito del procedimento penale. Viceversa, se il procedimento disciplinare si è concluso con l'archiviazione e il successivo procedimento penale con una sentenza irrevocabile di condanna, l'UPD riapre il procedimento disciplinare per adeguare le determinazioni conclusive all'esito di quello penale. È altresì prevista la riapertura del procedimento disciplinare qualora dalla sentenza irrevocabile di condanna risulti che il fatto addebitabile al dipendente in sede disciplinare comporti la sanzione del licenziamento, mentre ne è stata applicata una diversa. In questi casi il procedimento disciplinare deve essere ripreso o riaperto, mediante rinnovo della contestazione dell'addebito, entro sessanta giorni dalla comunicazione della sentenza penale, da parte della cancelleria del giudice, all'amministrazione di appartenenza del lavoratore ovvero dal ricevimento dell'istanza di riapertura.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



3.5 Mappatura delle competenze

Luca Solari

Le competenze sono delle caratteristiche di una persona che possono essere collegate alla sua performance nell'esercizio di un ruolo. Dal disegno organizzativo che definisce la struttura possiamo dedurre le caratteristiche dei ruoli, di solito rappresentate dalle job description (documenti formali che definiscono le attività e le responsabilità associate a ogni ruolo organizzativo). Tali caratteristiche possono essere trasformate attraverso l'uso di un modello delle competenze in competenze individuali da possedere per poter performare al meglio.

Esistono diversi modelli delle competenze ma tutti tendono a identificare tre componenti di competenza:

1. capacità;
2. conoscenze;
3. esperienze.

1. Le capacità sono tratti di personalità, ovvero elementi individuali che si sono venuti strutturando nel tempo e che sono collegati alla qualità con la quale una persona metterà in atto determinati comportamenti. In quanto tali non sono in sé visibili e accertabili, ma possono essere indotte dall'osservazione dei comportamenti cui danno origine e sostanza. Tradizionalmente, le capacità sono identificate facendo riferimento alle diverse sfere del comportamento, quali le relazioni, le operazioni cognitive, le azioni operative e la gestione delle emozioni. Un esempio di capacità dell'area cognitiva è l'analisi, ovvero la modalità con la quale una persona struttura le informazioni per la presa di decisioni. Chi ha forti capacità di analisi strutturerà le informazioni in modo sistematico, partendo dal problema e articolandolo in possibili sotto-problemi e procedendo così in chiave di scomposizione dello stesso. Una capacità di analisi sarà molto utile quando si devono svolgere mansioni che richiedono di esaminare con grandissima attenzione

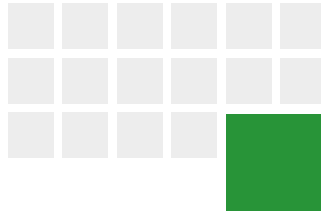
ogni aspetto di una procedura o di un processo, come ad esempio nel caso dell'audit o del risk management.

2. Le conoscenze rappresentano degli elementi di strutturazione linguistica e cognitiva del mondo che ci circonda e possono essere acquisite attraverso un processo di studio e approfondimento. Nella loro essenza sono modelli linguistici della realtà che possiamo testare attraverso esami e domande.
3. Le esperienze sono i vissuti di una persona che si sono strutturati e che possono essere utilizzati per agire dei comportamenti in modo più performante. Anche le esperienze possono essere rilevate ad esempio dall'analisi delle attività svolte in precedenza da una persona.

Le competenze rivestono quindi un ruolo importante nella gestione delle prestazioni all'interno di un'organizzazione. Per questo motivo può essere utile sviluppare degli strumenti di mappatura delle competenze. Tali strumenti e processi organizzativi possono avere carattere occasionale o sistematico a seconda di quanto l'analisi delle competenze sia considerata determinante per la gestione aziendale.

Vi sono modalità diverse con le quali sviluppare la mappatura. La più semplice è attraverso il coinvolgimento dei responsabili delle diverse strutture ai quali chiedere, di solito in occasione del processo annuale di valutazione del personale, di esprimersi anche sulle competenze. In questo caso si utilizzeranno delle schede che potranno essere strutturate, ovvero riportare la lista delle competenze e una scala di misura.

La scala di misura può assumere caratterizzazioni diverse. Può essere una semplice scala di Likert o in mappature molto semplificate anche una semplice scelta tra sì e no. I sistemi meglio disegnati utilizzano il sistema delle BARS, Behaviorally Anchored Rating Scales. In questo sistema ogni capacità è rappresentata attraverso la descrizione dei comportamenti osservabili cui dà origine e i comportamenti sono messi in scala di crescente efficacia e complessità, di solito identificando quattro livelli diversi, di cui il primo è quello del principiante e il quarto del leader nella capacità. Questo sistema rende più facile la valutazione perché consente al responsabile di visualizzare modalità comportamentali di differente intensità e ricondurle al comportamento che ha osservato nella persona, più che esprimere una valutazione o un giudizio di sintesi su un concetto astratto come quello di capacità.



Sintesi

All'interno delle organizzazioni le competenze, o caratteristiche individuali che una persona dovrà possedere nell'esercizio di un determinato ruolo, sono importanti nella gestione delle prestazioni. Risulta quindi utile possedere dei modelli per la mappatura delle competenze.

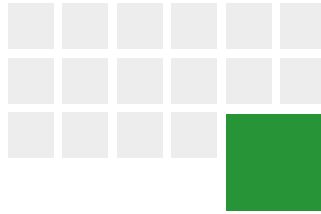
Esistono diversi modelli, ma tutti identificano tre componenti: capacità, conoscenze ed esperienze.

1. Le capacità sono tratti di personalità, ovvero elementi individuali che si sono strutturati nel tempo e che sono collegati alla qualità con la quale una persona metterà in atto determinati comportamenti.
2. Le conoscenze rappresentano degli elementi di strutturazione linguistica e cognitiva del mondo che ci circonda e possono essere acquisite attraverso un processo di studio e approfondimento.
3. Le esperienze sono delle competenze trasversali ad ampio spettro, applicabili a compiti e contesti diversi e derivanti dal vissuto effettivo.

Vi sono modalità diverse con le quali sviluppare la mappatura. La più semplice è attraverso il coinvolgimento dei responsabili delle diverse strutture. In questo caso si utilizzeranno delle schede nelle quali sarà riportata una lista delle competenze e una scala di misura (Likert).

Altre strutture utilizzano il sistema delle BARS (Behaviorally Anchored Rating Scales), che semplifica la valutazione perché consente al responsabile di visualizzare modalità com-

portamentali di differente intensità e ricondurle al comportamento che ha osservato nella persona. In questo sistema ogni capacità è rappresentata attraverso la descrizione dei comportamenti osservabili cui dà origine e i comportamenti sono messi in scala di crescente efficacia e complessità.



Ripasso

Tutti i modelli di competenza si compongono di tre elementi, quali?

Capacità, conoscenze ed esperienze. Le capacità sono tratti di personalità, ovvero elementi individuali che si sono strutturati nel tempo e che sono collegati alla qualità con la quale una persona metterà in atto determinati comportamenti. Le conoscenze rappresentano degli elementi di strutturazione linguistica e cognitiva del mondo che ci circonda e possono essere acquisite attraverso un processo di studio e approfondimento. Le esperienze sono delle competenze trasversali ad ampio spettro, applicabili a compiti e contesti diversi e derivanti dal vissuto effettivo.

Illustra le diverse modalità con le quali sviluppare una mappatura delle competenze.

La prima modalità consiste nel coinvolgimento dei responsabili delle diverse strutture, che utilizzeranno delle schede di valutazione nelle quali sarà riportata una lista delle competenze e una scala di misura (Likert).

Altra modalità consiste nel sistema delle BARS (Behaviorally Anchored Rating Scales), che semplifica la valutazione perché consente al responsabile di visualizzare modalità comportamentali di differente intensità e ricondurle al comportamento che ha osservato nella persona. In questo sistema ogni capacità è rappresentata attraverso la descrizione dei comportamenti osservabili cui dà origine e i comportamenti sono messi in scala di crescente efficacia e complessità.

Riferimenti bibliografici

Ajello A.M. (2002), *La competenza*, Il Mulino, Bologna.

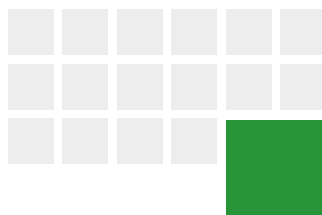
Bernardin H.J., Smith P.C. (1981), «A clarification of some issues regarding the development and use of Behaviorally Anchored Ratings Scales (BARS)», *Journal of Applied Psychology*, 66(4), pp. 458-463.

Fumasoli T., Poglia E. (2006), *Competenze e loro valutazione in ambito formativo*, Quaderni dell'Istituto Comunicazione Istituzionale e Formativa, (ICIEF) n. 12, Università della Svizzera Italiana, Facoltà di Scienze della Comunicazione.

Kingstrom P.O., Bass A.R. (1981), «A critical analysis of studies comparing Behaviorally Anchored Rating Scales (BARS) and other rating formats», *Personnel Psychology*, 34, pp. 263-289.

Levati W., Sarà M.V. (1998), *Il modello delle competenze: un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e sviluppo delle risorse umane*, Franco Angeli, Milano.

Rey B. (2003), *Ripensare le competenze trasversali*, Franco Angeli, Milano.



3.6

Nuove competenze e gestione dei team multiprofessionali

Federico Lega

Indubbiamente il fenomeno dell'organizzazione dei professionisti in team o *unit multiprofessionali* (UM) è al suo esordio nel contesto del SSN. Ma è ormai una traiettoria acquisita, che peraltro affonda le sue radici nello stesso modello organizzativo che ha dominato le strutture sanitarie italiane nell'ultimo secolo.

Senza approfondire oltremodo le ragioni specifiche per cui l'assetto organizzativo centrato sui primariati, oggi strutture complesse, richiede quella «manutenzione straordinaria» che solo le UM sembrano oggi garantire, basti ricordare che:

1. la corrispondenza tra partizioni organizzative e dominanza di un sapere specialistico e di relativi contenuti tecnici è sfumata nel tempo, certamente fin dagli anni Sessanta, quando in misura crescente si è sentita l'esigenza di ricorrere a forme dipartimentali per riconciliare e integrare non solo saperi tra loro complementari, ma spesso anche sovrapponibili (Lega, 2008). Di recente poi il fenomeno è cresciuto considerevolmente con l'avvento delle diagnostiche interventistiche, delle terapie di nuova generazione, delle chirurgie mininvasive, tutti tasselli nuovi di un sempre più articolato e complesso puzzle di possibili risposte tecniche al medesimo problema di salute che può generare le conosciute *turf wars* (guerre di territorio) tra professionisti;
2. per quanto la medicina basata sulle evidenze sia ancora parziale, e probabilmente lo rimarrà, oggi il sapere clinico è certamente meno esoterico di quanto non fosse cinquant'anni fa. Gli strumenti moderni ci permettono di misurare prestazioni cliniche e loro contenuti, di valutare il raggiungimento di livelli di attività minimi (soglie) studiati

scientificamente come necessari per garantire il conseguimento e la manutenzione della curva di apprendimento dei medici. Stanti i benefici riportati dalla letteratura, l'organizzazione in UM è in questa prospettiva una soluzione organizzativa che può favorire la cooperazione tra professionisti, sia finalizzata al ricomporre eventuali «guerre di territorio», sia ad affrontare situazioni di variabilità artificiale e discrezionalità immotivata, attraverso la definizione e concentrazione delle casistiche che ricadono nello spettro di azione della UM.

Sulle ragioni fondanti della scelta di diverse aziende sanitarie, quando non della necessità, di riconfigurare la propria organizzazione attraverso la progressiva strutturazione dei UM, quindi, non ci sono dubbi.

3.6.1 Le opportunità

Le UM possono rappresentare una straordinaria opportunità per rilanciare e riconfigurare i percorsi di carriera dei professionisti. In un contesto ambientale e organizzativo in cui si riducono gli spazi di carriera verticale tradizionali, quelli sulla direzione delle strutture complesse e semplici o dei dipartimenti, le UM rappresentano una soluzione organizzativa che apre a delle evoluzioni di carriera sulla linea orizzontale delle aziende sanitarie (assumendo che in linea di massima si posizionano a matrice rispetto alle strutture complesse e semplici, in quanto pensate per lavorare su processi trasversali multiprofessionali e spesso multiprofessionali).

In questa prospettiva, la leadership di una UM può essere pensata come un gradino importante nella carriera di un professionista, quando non un punto di arrivo. Come in alcuni dei casi avviene quando la leadership corrisponde al riconoscimento di una alta professionalità. O qualcosa anche di più. Con le dovute sensibilità organizzative, e un'attenta profilatura di ruolo, le posizioni di leadership delle UM potrebbero quindi essere attribuite:

- a valenti professionisti senza incarichi di struttura, proprio per valorizzare quella fascia di medici subito sotto i «primari»;
- a giovani particolarmente capaci, talentuosi ed emergenti.

Inoltre, anche l'appartenenza alla UM non in posizione di leader, ma come membro, dovrebbe avere una sua rilevanza, testimoniata oltre che dagli atti formali aziendali, da elementi organizzativi riconoscibili.

L'identificazione dell'appartenenza alla UM come elemento visibile (segnalazione specifica scritta e/o colore sul camice, presenza nella segnaletica aziendale), la definizione di elementi di fisicità e logistica laddove necessari od opportuni (l'ambulatorio o la sala visite/consulti allocata alla UM) possono essere molto importanti per generare senso di appartenenza, identità e affermazione e legittimazione agli occhi dei pazienti.

Ci sono poi ulteriori numerosi motivi per cui le UM assumeranno crescente importanza nel SSN:

- la costruzione di una UM può rappresentare un meccanismo indiretto di «certificazione» professionale dei suoi membri;
- organizzare per UM, e quindi per processi trasversali, apre anche la possibilità di contaminare la cultura organizzativa con un modo di pensare nuovo, per linee di prodotto e processo;
- si generano responsabilità di risultato per processo e *outcome*.

In questa prospettiva, e stanti i vantaggi sopra descritti, vi è quindi indubbiamente una responsabilità del management aziendale nello sfruttare appieno le possibilità oggi date dai quadri contrattuali vigenti, per attivare nelle proprie aziende logiche di UM.

Facendo attenzione a non lasciar credere che le UM siano una riproposizione in salsa diversa dei gruppi interdisciplinari o di altri momenti di cooperazione che, più o meno forzatamente, hanno caratterizzato – a macchia di leopardo – gli ultimi trent'anni della sanità italiana, con risultati mediocri.

3.6.2 La multiprofessionalità come lavoro di gruppo di un gruppo di lavoro

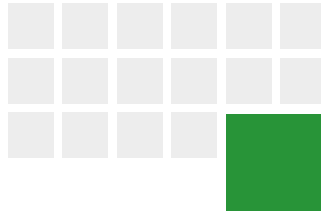
Per rendere veramente efficace il lavoro delle unit multiprofessionali occorre prestare attenzione a una serie di accorgimenti progettuali e operativi, di seguito richiamati.

- a. Occorre definire bene gli obiettivi. La condizione necessaria per l'efficacia del gruppo di lavoro è che l'obiettivo da raggiungere sia chiaro e condiviso dai suoi membri. Nei gruppi di lavoro sono intrecciati molteplici livelli di obiettivi, spesso in contrasto ma fortemente correlati fra loro. Riconoscere questo intreccio è il primo compito di un gruppo che voglia diventare gruppo di lavoro, è il primo passo verso la condivisione, che sancisca un contratto psicologico e operativo tra individuo e gruppo.

L'obiettivo di un gruppo di lavoro efficace deve rispondere alle seguenti caratteristiche:

- definito in termini di risultato;
- costruito sui fatti, sui dati osservabili e le risorse disponibili;
- deve essere chiara la finalità organizzativa cui tende l'obiettivo;
- chiarito e articolato in compiti;
- perseguibile;
- sottoponibile a valutazione sia da parte del gruppo che da parte dell'organizzazione.

- b. Occorre definire bene la composizione numerica del gruppo (quindi della unit multidisciplinare). La letteratura definisce quale dimensione ottimale quella di 8-12 persone. L'efficienza di un gruppo tende a scendere al superare tale soglia, perché i tempi di elaborazione e di decisione si allungano, la comunicazione è resa meno fluida da numerosi passaggi, il numero di conflitti da gestire aumenta.
- c. Occorre prestare attenzione al grado di competenza/maturità e alla autorevolezza dei membri del gruppo.
- d. Occorre evitare una selezione dei membri di un gruppo dominata dalla rappresentatività formale, dove vengono scelte persone non utili per la vita del gruppo, che nel tempo si rivelano essere un fattore che frena l'efficienza del gruppo stesso.

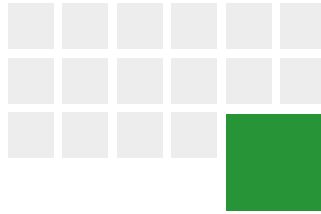


Sintesi

Il fenomeno dell'organizzazione dei professionisti in team o unit multiprofessionali (UM) sta assumendo un ruolo sempre più centrale nel contesto del SSN. Viene considerata la soluzione organizzativa per favorire quella cooperazione tra professionisti che minimizzi le possibili «guerre di territorio» e riduca le situazioni di variabilità artificiale e discrezionalità immotivata nella pratica. Inoltre, le UM possono rappresentare una straordinaria opportunità per rilanciare e riconfigurare i percorsi di carriera dei professionisti, possono rappresentare un meccanismo indiretto di «certificazione» professionale dei suoi membri, e supportano un orientamento e responsabilità ai risultati per processo e *outcome* e non solo di prestazione.

Tuttavia, la costruzione e implementazione delle UM non è un processo facile.

Per rendere veramente efficace il lavoro delle unit multiprofessionali occorre prestare attenzione a una serie di accorgimenti progettuali e operativi, quali: i) definirne bene gli obiettivi; ii) definirne bene la composizione dei membri; iii) prestare attenzione al grado di competenza/maturità e alla autorevolezza dei membri del gruppo; iv) evitare una selezione dei membri di un gruppo dominata dalla rappresentatività formale.



Ripasso

Perché le unit multiprofessionali sono così rilevanti?

Sono una soluzione organizzativa chiave per favorire la cooperazione tra professionisti, minimizzando i rischi di conflitti interprofessionali e riducendo le situazioni di variabilità artificiale e discrezionalità immotivata.

Quali altri vantaggi sono conseguibili con l'attivazione delle UM?

Possono rappresentare percorsi di carriera dei professionisti, produrre una «certificazione» professionale dei suoi membri, e favorire l'orientamento e responsabilità ai risultati per processo e *outcome* oltre alla classica attenzione alla prestazione.

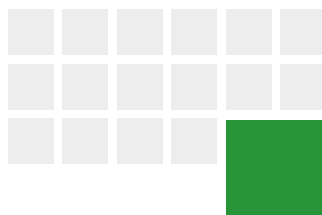
Riferimenti bibliografici

Abbott A. (1988), *The system of professions. An essay on the division of expert labour*, University of Chicago, Chicago.

Lega F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Egea, Milano.

Lega F. (2012), *Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale*, Rapporto OASI 2012.

Lega F., Calciolari S. (2012), «Coevolution of hospitals and patients: how changing epidemiology and technology advances drive organisational innovations and lay new challenges», *Journal of Healthcare Management*, February 2012.



3.7

La valutazione: analisi dei risultati ottenuti

Renato Ruffini

La valutazione dei risultati è una pratica da tempo diffusa nelle amministrazioni pubbliche e in particolare negli enti sanitari, che per loro stessa natura hanno la necessità non solo di rendicontare ma anche di valutare i risultati ottenuti, spinti sia da esigenze di natura economico-contabile, sia da esigenze di natura professionale-scientifica. Dal punto di vista istituzionale tuttavia la codificazione di un sistema di gestione degli obiettivi (e delle performance) è stato definito nell'ordinamento con il D.lgs. 150/09 (titolo II) che, perfezionando precedenti strumenti di direzione per obiettivi già presenti nelle aziende sanitarie in particolare orientati all'attuazione di sistemi retributivi collegati ai risultati (individuali o di gruppo), ha introdotto le logiche del *performance management* prevedendo che gli obiettivi siano collegati alle strategie aziendali attraverso uno specifico piano della performance che verrà rendicontato a fine periodo attraverso una relazione sulla performance. È stato inoltre istituito un organo volto ad assicurare il corretto sviluppo del ciclo della performance nelle sue diverse parti (organismo indipendente di valutazione o nucleo di valutazione). Di seguito descriviamo brevemente la normativa di riferimento.

3.7.1 Il sistema di gestione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi secondo la normativa vigente

La normativa, allo scopo di migliorare l'efficienza e l'efficacia delle amministrazioni, ha introdotto la logica del *performance management*, in verità una tecnica complessa anche per le migliori organizzazioni private. In questo senso ha prodotto una serie di norme simili a un manuale di management (creando non pochi problemi interpretativi vista la diversità pro-

fonda tra il linguaggio giuridico e quello manageriale] inserito nel titolo II del D.lgs. 150/09 [e successive modifiche con il D.lgs. 74/2017].

La norma in primo luogo individua il concetto di «ciclo di gestione della performance» (artt. 4-5-6, D.lgs. n. 150 del 2009). In maniera abbastanza ovvia individua le seguenti fasi del ciclo della performance:

- definizione e assegnazione degli obiettivi, rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, su base triennale, da parte degli organi politico-amministrativi;
- 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, sia individuale che organizzativa;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati agli organi di controllo interni e 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 sono centrali rispetto a tutto il sistema e la norma si spinge a definirne le caratteristiche. In particolare gli obiettivi devono essere: a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche e alle strategie dell'amministrazione; b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari; c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi; d) riferibili a un arco temporale determinato, di norma corrispondente a un anno; e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe; f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente; g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Ovviamente tali caratteristiche oltre che essere logiche dal punto di vista gestionale, essendo inserite nelle norme, assumono anche un carattere giuridicamente vincolante, utile anche ai fini di valutare la correttezza del rapporto tra dirigenti e amministrazione. Altri principi economici e giuridici utili al fine di valutare la definizione e l'assegnazione degli obiettivi sono i seguenti:

- gli enti devono sviluppare, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance (art. 4, comma 1);
- gli obiettivi sono correlati alla quantità delle risorse disponibili (art. 5, comma 2);
- gli obiettivi sono definiti dagli organi di indirizzo politico-amministrativo prima dell'inizio del rispettivo esercizio (art. 5, comma 1);

- gli obiettivi sono definiti in coerenza con gli obiettivi di bilancio indicati nei documenti programmatici (art. 5, comma 1).

La regolazione interna alle amministrazioni della gestione del ciclo della performance è definita attraverso il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) (artt. 7-8 D.lgs. n. 150 del 2009), che dovrebbe essere adottato in coerenza con gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica (ma tale indicazione non trova ancora piena applicazione per gli enti sanitari). I contenuti del SMVP sono definiti dall'art. 7 del D.lgs. 150/09 ss.mm.ii. e sono piuttosto tecnici, in particolare riguardano: a) le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance; b) le procedure di conciliazione relative all'applicazione del SMVP; c) le modalità di raccordo con i sistemi di controllo esistenti; d) il raccordo e integrazione con gli strumenti di programmazione finanziaria esistenti.

Questi elementi dovranno essere sviluppati nel SMVP indicando di conseguenza aspetti quali:

- la descrizione delle modalità di compilazione del Piano della Performance anche in collegamento con gli altri strumenti di programmazione;
- il processo di sviluppo di misurazione e valutazione della performance individuando in particolare:
 - a. i criteri per la definizione/scelta di obiettivi, indicatori e target,
 - b. le modalità con le quali viene assicurato il raccordo con il ciclo di programmazione economico-finanziaria,
 - c. il collegamento tra obiettivi e allocazione di risorse;
- i soggetti che gestiscono il processo di MVP con l'individuazione di ruoli e responsabilità per tutte le fasi del ciclo della performance:
 1. la descrizione delle modalità di esecuzione dei monitoraggi in itinere effettuati dall'amministrazione,
 2. la descrizione delle modalità di misurazione e valutazione della performance organizzativa,
 3. la descrizione delle modalità di misurazione e valutazione della performance individuale,
 4. le modalità per la valorizzazione del merito,
 5. la descrizione delle procedure di conciliazione.

Gli strumenti operativi per la gestione del ciclo della performance sono dati dal Piano della performance e Relazione sulla performance (art. 10 D.lgs. n. 150 del 2009). Il Piano della performance è un documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obietti-

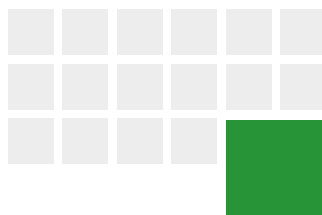
vi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione. La Relazione sulla performance evidenzia, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse. In caso di mancata ottemperanza agli obblighi inerenti all'adozione del Piano delle performance, è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso a tale inadempimento e l'amministrazione non può procedere ad assunzioni di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione.

La chiusura del ciclo si sviluppa con la valutazione della performance sia organizzativa che individuale. La performance organizzativa è definita dall'art. 8 del decreto definendo diversi ambiti quali l'attuazione di politiche, l'attuazione di piani e programmi, la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari dei servizi, la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati ecc.

La performance individuale (art. 9) è a sua volta definita individuando per le diverse categorie di personale gli ambiti di valutazione previsti.

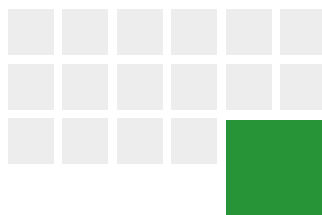
3.7.2 Il nucleo di valutazione

Il nucleo di valutazione è un organo di controllo di terzo livello che ha il compito di presidiare il corretto sviluppo di tutto il ciclo della performance, validandolo a fine periodo, e di verificare la correttezza e il rispetto del principio di equità nella erogazione della retribuzione collegata ai risultati. Collabora inoltre nell'ambito delle verifiche degli obblighi di trasparenza previste dalla normativa anticorruzione, effettuando controlli di secondo livello per conto di ANAC. La definizione della composizione dell'organo e dei suoi compiti è stabilita dall'art. 14 del D.lgs. 150/09, ma gli enti sanitari, ai sensi dell'art. 16 del medesimo decreto, su tale materia dovrebbero essere regolati da un apposito accordo definito in sede di conferenza Stato-Regioni. Di norma tale organo è monocratico o composto da tre componenti, esterni all'amministrazione, esperti di sistemi di performance management, controllo di gestione, anticorruzione e trasparenza. Il nucleo di valutazione è supportato da un ufficio dedicato all'interno dell'amministrazione ed è dotato di autonomia.



Sintesi

La valutazione dei risultati si sviluppa attraverso sistemi di performance management. In pratica si prevede lo sviluppo di un ciclo della performance, tramite il quale si definiscono obiettivi strategici e operativi, associando a essi indicatori e target di performance che durante l'esercizio verranno monitorati. A fine esercizio si verifica la performance a livello di ente, a livello organizzativo (cioè le diverse strutture dirigenziali) e a livello individuale. In relazione ai risultati raggiunti si relaziona sulla performance ottenuta e si riprogetta il ciclo successivo. Il nucleo di valutazione è l'organo che presidia che tutto il ciclo della performance sia sviluppato correttamente e utilmente dall'azienda. La valutazione dei risultati sviluppata in tale ambito è collegata al sistema di retribuzione variabile dei dipendenti di diverso livello, con riferimento alla performance ottenuta sia a livello organizzativo che individuale. Il sistema è regolato in termini di principio dal D.lsg. 150/09 e, con riferimento allo specifico contesto aziendale, dal sistema di misurazione e valutazione della performance, definito con proprio atto dagli organi di indirizzo e validato dal nucleo di valutazione.



Ripasso

Quali sono le fasi del ciclo della performance?

Le diverse fasi in cui si articola il ciclo della performance consistono nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi, nel collegamento tra gli obiettivi e le risorse, nel monitoraggio costante e nell'attivazione di eventuali interventi correttivi, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nell'utilizzo dei sistemi premianti.

Quali sono le caratteristiche principali che devono avere gli obiettivi per essere adeguatamente definiti?

Gli obiettivi devono essere 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; definiti in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

Quali sono i due strumenti fondamentali attraverso cui si concretizza il sistema di valutazione della performance?

Gli strumenti operativi per la gestione del ciclo della performance sono dati dal Piano della performance e dalla Relazione sulla performance (art. 10 D.lgs. n.150 del 2009).

Quali sono i livelli di valutazione della performance ai fini della definizione delle retribuzioni variabili?

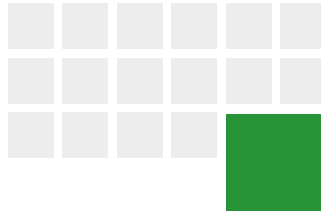
La performance è valutata a livello organizzativo e a livello individuale. A livello organizzativo si riferisce all'ente nel suo complesso a o singole strutture, a livello individuali ci si riferisce al contributo dato al raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati (o collettivi riferiti alla struttura se si hanno ruoli esecutivi) e ai comportamenti organizzativi adottati. Per i dirigenti si verifica anche la capacità di fare valutazioni corrette, vale a dire, adeguatamente differenziate.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione*, Maggioli, Rimini.

Carbone C., Lecci F., Lega F., Prenestini A., Rotolo A., Tarricone R., Valotti G. (2013), «Misurare le performance per creare valore nelle aziende sanitarie pubbliche: uno strumento multidimensionale di valutazione». sta in Rapporto Oasi 2013 Egea, Milano.

Lega, F. (2013). *Management della sanità: Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Egea, Milano.



3.8 I sistemi premianti

Luca Solari

Quando parliamo di politiche retributive, parliamo in realtà di due aspetti che talvolta tendiamo a confondere. Da un lato, ci riferiamo alla ricompensa vista come un elemento che la persona valorizza e che risulta quindi collegato con la sua percezione di soddisfazione. Dall'altro lato, pensiamo ai sistemi di compensation, che sono quella parte del sistema di ricompensa che ha a che vedere con l'elemento economico monetario, quindi con la retribuzione economico-monetaria.

Se ci concentriamo su quest'ultimo aspetto ci sono almeno tre elementi condivisi nell'ambito delle politiche di gestione delle risorse umane. Un primo elemento porta a riconoscere che l'importanza e la rilevanza del lavoro svolto da una persona, non in termini di che cosa ha prodotto, ma della natura dei processi e delle attività di cui è responsabile, risulta essere la base per la definizione della retribuzione fissa. Trattasi di quell'elemento economico monetario che viene erogato indipendentemente da altre condizioni, in funzione della disponibilità data da una persona ad assumersi quel tipo di responsabilità. Un secondo elemento si orienta invece a ricompensare direttamente il risultato dell'azione organizzativa. Questo secondo aspetto dei sistemi di compensation fa riferimento alla relazione tra la prestazione, cioè quello che la persona ha fatto in relazione alle aspettative che l'organizzazione aveva nei suoi confronti in quanto responsabile di un determinato ruolo, e in quanto parte di un determinato processo di definizione degli obiettivi aziendali, e un incentivo economico-monetario a titolo di retribuzione variabile.

Un ruolo tendenzialmente stabile va ricompensato con un elemento tendenzialmente stabile e prevedibile *ex ante*, mentre lo specifico sforzo messo in atto da un lavoratore, deve essere ricompensato in un'ottica incentivante, attraverso un meccanismo economico aggiuntivo. Un terzo elemento, infine, riconosce come uno degli elementi di progres-

sione economica (e non solo) più importanti sia in realtà rappresentato dalla carriera, ovvero dall'avanzamento verso posizioni con un contenuto di responsabilità e discrezionalità più ampio.

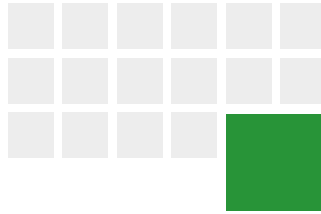
L'evoluzione dei sistemi premianti negli ultimi anni ha condotto allo sviluppo della consapevolezza su due aspetti spesso trascurati anche se centrali nella gestione.

Il primo riguarda l'impatto dell'equità dei sistemi sulla motivazione delle persone. L'equità è una percezione attribuita da parte delle persone in riferimento ai sistemi e alle regole in essere nell'organizzazione. Il giudizio percettivo sull'equità può riguardare:

1. il contenuto dello scambio: la persona valuta se ciò che riceve nello scambio con l'organizzazione è proporzionato in generale e in relazione a quello che altri ricevono. Si origina così la percezione di equità distributiva;
2. la natura del processo: la persona verifica la trasparenza, chiarezza, affidabilità e universalità dei processi e delle procedure che conducono alla decisione relativa allo scambio. Se questo giudizio è di equità si soddisfa l'esigenza dell'equità procedurale;
3. l'impatto delle relazioni interpersonali nel processo: la persona identifica nel processo il ruolo specifico di qualche attore organizzativo (di solito il suo responsabile o referente) e ne valuta la trasparenza ed equità individuale negli atteggiamenti messi in atto in rapporto a tutte le persone nell'organizzazione e in particolare i propri colleghi e collaboratori. Quest'ultimo elemento è quello dell'equità di interazione.

Le tre componenti dell'equità concorrono nel definire il livello di soddisfazione della persona nel rapporto con l'organizzazione, anche se è importante rilevare come contrariamente a quello che si tende a pensare, il peso dell'equità procedurale e di interazione sia superiore nelle persone al peso dell'equità distributiva.

Il secondo fa riferimento all'allargamento del concetto di ricompensa a comprendere tutta una serie di elementi anche immateriali che configurano quella che viene definita la logica di *total reward mix*, rafforzata di recente anche dallo sviluppo dei sistemi di welfare. In sostanza si ritiene che il valore del sistema premiante debba ricomprendere anche degli elementi materiali che non hanno necessariamente una valorizzazione economica e finanziaria. Tra di essi giocano un ruolo importante aspetti come la reputazione dell'organizzazione, il contenuto in sé del lavoro, la qualità delle relazioni con i colleghi, la qualità dei luoghi di lavoro, l'acquisizione di competenze e la formazione e così via.



Sintesi

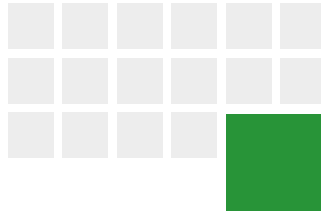
I sistemi premianti si basano su una differenziazione di base necessaria per comprendere la natura dei sistemi di compensation: entrano in gioco sia la soddisfazione percepita dal lavoratore, che il premio pecuniario riconosciuto dall'azienda.

Il corrispettivo monetario dato al lavoratore comprende una quota fissa, riconosciuta in base alle responsabilità del ruolo ricoperto, e una seconda quota variabile corrispondente all'impegno profuso nell'ottenere il risultato prefissato dall'azienda. Altra dimensione saliente sono le prospettive di carriera all'interno dell'organizzazione.

Negli ultimi decenni, i sistemi premianti stanno sempre più prendendo in considerazione anche due aspetti intrinseci all'uomo, alle sue percezioni:

1. il concetto di equità, ovvero la percezione di ricevere un premio proporzionato a quello altrui (equità distributiva); di essere all'interno di un processo chiaro, trasparente e universale (equità procedurale); di avere un responsabile che mantenga equità e limpidezza nei rapporti interpersonali con i sottoposti/colleghi (equità di interazione). Le tre componenti concorrono a definire il livello di soddisfazione;

2. il concetto di ricompensa, che secondo la logica del *total reward mix* comprende elementi materiali o intangibili – quali reputazione, contenuto del lavoro, qualità dell'ambiente lavorativo – che impattano largamente sulla soddisfazione percepita dal lavoratore.



Ripasso

Quali sono i tre tipi di equità percepiti dal lavoratore?

Equità distributiva: la percezione di ricevere un premio proporzionato a quello altrui; equità procedurale: la percezione di essere all'interno di un processo chiaro, trasparente e universale; equità di interazione: la percezione di avere un responsabile che mantenga equità e limpidezza nei rapporti interpersonali con i sottoposti/colleghi.

Da quali dimensioni è composta la retribuzione?

Il corrispettivo monetario dato al lavoratore comprende una quota fissa, riconosciuta in base alle responsabilità del ruolo ricoperto, e una seconda quota variabile corrispondente all'impegno profuso nell'ottenere il risultato prefissato dall'azienda. Altra dimensione saliente sono le prospettive di carriera all'interno dell'organizzazione.

Riferimenti bibliografici

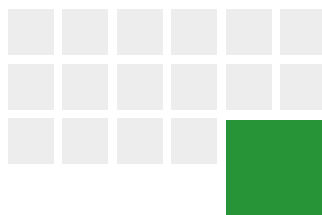
Armstrong M. (2010), *Armstrong's Handbook of Reward Management Practice: Improving Performance Through Reward*, Kogan Page.

Blanchard S., Witts D. (2009), *Best practices in employee motivation*, <http://www.buzzle.com>.

Lewis J. (2013), *Differences between monetary and non-monetary incentives*, <http://smallbusiness.chron.com/differences-between-monetary-nonmonetary-incentives-26139.html>.

Robbins S.P. (2003), *Organizational behavior* (10th ed.), Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.

Sell L., Cleal B. (2011), «Job Satisfaction, Work Environment, and Rewards: Motivational Theory Revisited», *Labour*, 25, pp. 1-23.



3.9

L'analisi delle performance nei team multiprofessionali

Renato Ruffini

3.9.1 Il modello per la costruzione del Piano della performance

In termini manageriali la performance di un team può essere rappresentata dagli indicatori di performance che sono associati alla struttura in cui il gruppo opera. Di conseguenza la performance di un team può essere inserita all'interno di logiche di performance management che nel contesto pubblico si sviluppano, per quanto programmabile, all'interno del Piano della performance.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance. È un documento programmatico in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori e i target da raggiungere in ogni struttura dell'azienda. In particolare, esso consente alle aziende di esprimere la loro capacità di programmare e gestire le proprie attività sulla base di un costante monitoraggio di alcune variabili chiave espresse da indicatori che misurano il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Misurare la performance significa dunque cercare di monitorare l'attività dell'azienda nel suo complesso o di sue singole componenti, attraverso l'uso di indicatori che siano in grado di mettere in relazione tutti gli elementi che fanno parte dell'attività aziendale e rappresentare tutte le dimensioni di misurazione individuate.

In particolare, le dimensioni oggetto di misurazione dovranno essere strettamente correlate agli obiettivi che l'azienda si pone in fase di pianificazione strategica, programmazione e gestione.

Il Piano della performance sviluppa dunque quali elementi fondamentali:

- i livelli decisionali (pianificazione strategica, programmazione/programmi annuali e obiettivi di gestione) su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance;
- le dimensioni rilevanti da monitorare per ogni livello di pianificazione;
- gli indicatori di misura relativi ad ogni dimensione.

Il Piano è redatto con lo scopo di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, esso può facilitare l'ottenimento di importanti vantaggi organizzativi e gestionali per l'amministrazione. Consente di:

- individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- favorire una effettiva accountability e trasparenza;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

3.9.2 Il Piano della performance: uno schema di sintesi

Un Piano della performance può svilupparsi secondo la seguente struttura:

1. PREMESSA;
2. L'AZIENDA SANITARIA;
3. MISSION E VISION AZIENDALI;
4. LE STRATEGIE: in questa parte l'azienda indica le strategie che intende attuare (arco temporale triennale), vale a dire i programmi che intende realizzare (semplificazione procedimenti amministrativi, nuovo ospedale ecc.), coincidenti con gli obiettivi di mandato. Si individuano le condizioni nelle quali si svolgerà l'attività e si produrranno i risultati nel tempo;
5. LA PROGRAMMAZIONE DEI PROGETTI AZIENDALI: si riferisce ai progetti aziendali in atto nelle singole aziende sanitarie in linea con gli indirizzi strategici del Piano socio-sanitario regionale e delle regole di sistema annuali (reti di patologia, ospedale per intensità di cure, donazione e trapianto, piano oncologico, sistema informativo socio-sanitario ecc.). Tale dimensione misura la capacità dell'azienda di essere non solo struttura efficiente ed efficace come entità autonoma, ma anche in qualità di soggetto facente parte del sistema sanitario regionale;
6. LA PROGRAMMAZIONE GESTIONALE: l'azienda indica i principali obiettivi che vuole realizzare nel periodo di programmazione. Per le strategie già in atto l'azienda ne indica il livello di realizzazione e la data di chiusura. L'azienda inoltre identifica i servizi che contraddistinguono la propria azione strategica rispetto agli utenti e ai portatori di interesse;

7. LE DIMENSIONI DI ANALISI DELLE PERFORMANCE: come già richiamato, le dimensioni di analisi delle performance sono riconducibili ai livelli decisionali:

- strategici generali, relativi allo sviluppo delle politiche regionali e al funzionamento aziendale, quali equilibri finanziari generali, impatto sui bisogni, outcome, sviluppo delle competenze interne all'organizzazione ecc.
- di programmazione, relativi allo stato di avanzamento dei progetti strategici quali per esempio cure sub acuti, integrazione ospedale territorio, obiettivi annuali assegnati al DG che coinvolgono le diverse strutture ecc.
- gestionali, che riguardano lo sviluppo dei diversi processi produttivi nelle loro diverse connotazioni (efficienza, qualità, appropriatezza, qualità assistenza, accessibilità ecc.).

3.9.3 Conclusioni

Nel definire il proprio Piano della performance ogni ente può procedere come meglio ritiene opportuno in relazione alle esigenze operative che si trova ad affrontare.

Esistono comunque alcuni principi di buon senso che è opportuno ricordare, per i quali il Piano della performance deve:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale esistenti. In tal senso il Piano della performance delle aziende pubbliche di servizi socio-sanitari deve, fatta salva l'autonomia aziendale, recepire per quanto di interesse gli indirizzi della programmazione regionale che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'azienda sanitaria, ospedale o territoriale, mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la direzione intende mettere in campo nel medio-lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche. In tal senso le attività inerenti alla formulazione, rappresentazione e comunicazione degli strumenti di programmazione devono trovare un organico inquadramento negli esistenti sistemi e strumenti di programmazione annuali e pluriennali delle aziende pubbliche di servizi sanitari;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendali. I sistemi di budget esistenti presso le aziende pubbliche di servizi sanitari, purché coerenti con la loro funzione di declinazione a livello di struttura degli obiettivi annuali aziendali, devono essere collegati con il Piano della performance evidenziando in un'ottica multidimensionale la traduzione degli indirizzi strategici aziendali in obiettivi a livello di struttura;

- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance. Le performance organizzative devono essere misurate e redatte secondo modalità e schemi tali da garantire un loro adeguato livello di comprensione anche a soggetti e stakeholder non appartenenti al mondo della sanità e, di conseguenza, meno familiari con misure e terminologie di settore. Al fine di garantire una migliore e maggiore interazione tra istituzioni e aziende del settore sanitario, cittadini e altre istituzioni, è rilevante attivare adeguati modelli di comunicazione dei risultati e delle performance;
- consentire l'effettuazione di confronti nell'ambito delle aziende del sistema sanitario regionale e nazionale (benchmark). A tal fine le metodologie, i sistemi e gli strumenti impiegati dalle singole aziende dovranno qualificarsi per un adeguato livello di omogeneità dei parametri e degli indicatori utilizzati nonché delle modalità di rilevazione dei dati.

La figura 3.1 vuole, almeno parzialmente, evidenziare i principi ispiratori sinteticamente sopra descritti.

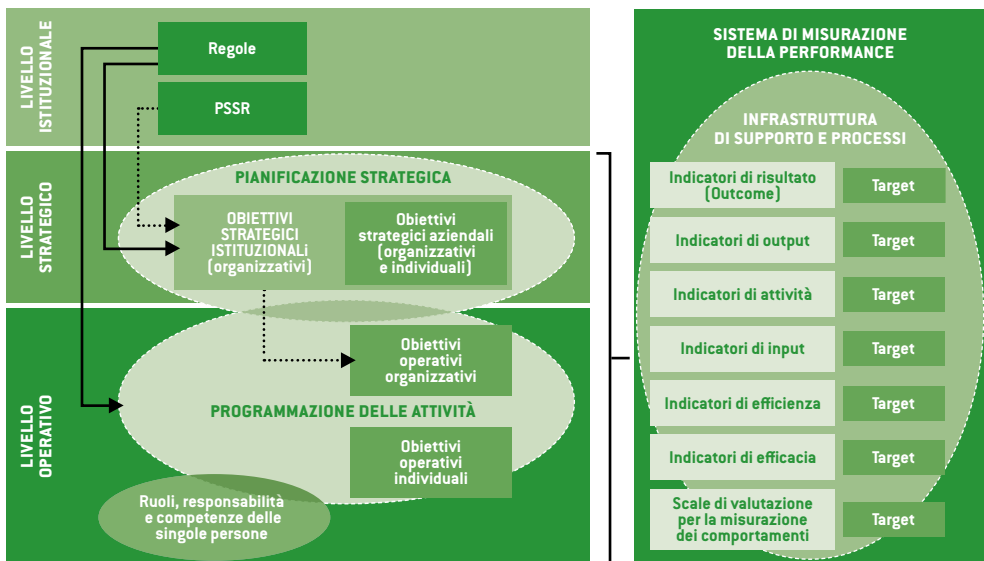
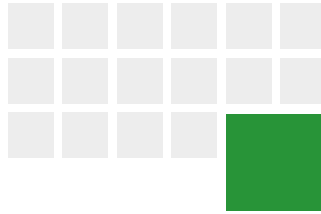


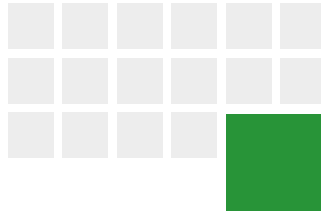
Figura 3.1 – Logiche generali del modello di misurazione e valutazione delle performance.

Fonte: Ruffini et al., 2011.



Sintesi

In questo paragrafo abbiamo evidenziato come la performance di un gruppo all'interno di una determinata struttura organizzativa può essere analizzato non solo con riferimento alle dinamiche interpersonali che determinano lo sviluppo e la dinamica interna del gruppo stesso, ma anche attraverso lo strumento del performance management e in particolare attraverso il Piano della performance. Misurare la performance significa individuare obiettivi e indicatori che siano in grado di mettere in relazione tutti gli elementi che fanno parte dell'attività di un determinato ambito organizzativo. Le performance del gruppo definite dal piano si svilupperanno su tre livelli. Il primo concerne i livelli decisionali. In relazione a ciò gli obiettivi operativi di un gruppo si definiscono in relazione agli obiettivi strategici dell'organizzazione. In secondo luogo occorre considerare le dimensioni rilevanti che qualificano la performance, scegliendo gli obiettivi e i relativi indicatori che siano più significativi. Si è quindi definita una struttura tipica di Piano della performance e i relativi principi con cui deve essere strutturato.



Ripasso

Che cos'è un Piano della performance?

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance. È un documento programmatico in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori e i target da raggiungere in ogni struttura dell'azienda

Che rapporto c'è tra Piano della performance e budget?

I sistemi di budget devono essere collegati con il Piano della performance evidenziando, in un'ottica multidimensionale, la traduzione degli indirizzi strategici aziendali in obiettivi a livello di struttura che possono costituire in buona parte gli obiettivi operativi del piano.

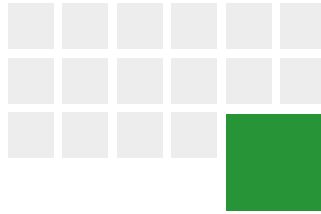
Quali sono le dimensioni di analisi della performance?

Le performance del gruppo definite dal piano si svilupperanno su tre livelli. Il primo concerne i livelli decisionali. In relazione a ciò occorre individuare l'allineamento tra gli obiettivi strategici e quelli operativi. In secondo luogo, con riferimento agli obiettivi operativi occorre identificare le dimensioni di risultato più significative e infine, terzo livello, sulla base delle aree di risultato individuate occorre individuare gli indicatori e i target di performance associati all'obiettivo.

Riferimenti bibliografici

Lega F., Vendramini E. (2008), «Budgeting and performance management in the Italian national health system (INHS): assessment and constructive criticism», *Journal of Health, Organisation and Management*, 22(1), pp. 11-22.

Ruffini R., Bottone L., Porazzi E., Foglia E., Scolari F., Croce D. (2011), «Strategia, programmazione e valutazione delle performance alla luce del D.lgs. 150/2009 nei servizi sanitari regionali: modello concettuale ed implicazioni operative, in *Sanità pubblica e privata*. Maggioli editore, Rimini.



3.10 Il superamento del sistema dei ruoli contrattuali

Renato Ruffini

3.10.1 Dalla mansione al ruolo: il rilievo delle competenze professionali

L'evoluzione più recente dei modelli di progettazione dell'attività lavorativa è caratterizzata dai contesti di attività ove sono in atto processi difficili da analizzare e da ricondurre a standard, che richiedono quindi il ricorso a forti livelli di autonomia e discrezionalità professionale.

Si tratta tipicamente di moduli operativi sviluppati originariamente all'interno della forma organizzativa professionale e innovativa, oppure nell'ambito delle funzioni manageriali, ma ormai diffusi anche in altri contesti.

In questi ambiti, il concetto di *mansione*, che costituisce il principale strumento ancora oggi giuridicamente operante al fine di definire i ruoli contrattuali, costituito dall'insieme di attività da svolgere da parte di un soggetto avente uno specifico profilo professionale definito con le declaratorie contrattuali, può essere nella pratica utilmente sostituito da quello di *ruolo professionale*, che dà evidenza ad aspetti come il riferimento non a singole attività ma a un insieme coerente di prestazioni considerato nella sua globalità e continuità e finalizzato a un risultato significativo; la presenza quindi di un processo operativo da seguire e ottimizzare nel suo svolgimento; il contributo qualitativo al problem solving in un contesto di relazioni con altri ruoli organizzativi.

In pratica il contenuto del ruolo non è identificabile isolandolo dal contesto, ma è definito in base alle attese di comportamento e di requisiti di prestazione, che derivano dall'inserimento in un sistema di ruoli tra loro interdipendenti e collocati in un ambito organizzativo specifico; rimanda quindi a una capacità propria del soggetto di rispondere in modo persona-

le e originale con le proprie risorse di conoscenza, abilità e comportamento ai requisiti della situazione operativa.

Il concetto di ruolo comporta:

- il riferimento non a singole attività, ma a un ciclo di prestazioni considerato nella sua globalità e continuità e finalizzato a un risultato significativo;
- la presenza di un processo operativo da seguire e ottimizzare nel suo svolgimento;
- il contributo qualitativo al problem solving in un contesto di relazioni con altri ruoli organizzativi;
- il rilievo della gestione del rischio e dell'inaspettato.

L'analisi del contenuto dei ruoli professionali comporta che si rivolga l'attenzione a tre diverse dimensioni (Goeta, 1992): quella tecnica, quella relazionale e quella gestionale. Il modello proposto per questo tipo di analisi articola il concetto di professionalità, riferito a uno specifico ruolo o profilo professionale, identificando le implicazioni di ciascuna componente, come segue:

- componente tecnica: quanto è complesso il processo per produrre gli output finali di competenza del ruolo professionale e quindi quale è l'entità delle conoscenze scientifiche e delle metodologie professionali necessarie per operare utilmente. Ciò si lega anche al grado di incertezza che è necessario affrontare per produrre risultati non sempre definibili a priori di fronte alla probabilità di avere imprevisti, variazioni, eccezioni, in numero e importanza notevoli;
- componente relazionale: quanto complesse e delicate sono le relazioni da attivare e mantenere per ottenere risorse, informazioni, supporto, consenso da interlocutori su cui occorre esercitare influenza senza disporre della leva gerarchica. Si tratta tipicamente dei rapporti con clienti/fornitori sia esterni che interni all'azienda;
- componente gestionale: quanto ampie e delicate sono le eventuali risorse economiche e/o umane assegnate, cioè sotto la responsabilità del ruolo. Questo riguarda quindi la rilevanza della responsabilità decisionale e comunque di utilizzo, riferita in modo combinato a risorse economiche e collaborazione di persone.

Il concetto di ruolo supera le contrapposizioni tra aspetto individuale/organizzativo o di gruppo e tra oggettività dei compiti/oggettività individuale.

Infatti, il contenuto del ruolo non è identificabile isolandolo dal contesto, ma è definito in base alle attese di comportamento e di requisiti di prestazione, che derivano dall'inserimento in un sistema di ruoli tra loro interdipendenti e collocati in un ambito organizzativo specifico.

Inoltre il concetto di ruolo professionale rimanda a una capacità propria del soggetto di

rispondere in modo personale e originale con le proprie risorse di conoscenza, abilità e comportamento ai requisiti della situazione operativa.

Seguendo questa traccia di ragionamento si possono quindi evidenziare facilmente le diversità di contenuto e orientamento che distinguono diversi ruoli e posizioni di lavoro, siano essi semplici o complessi.

Nell'ambito degli scenari evolutivi richiamati emerge come aspetto centrale anche la grande rilevanza assunta dalle differenze individuali di performance e si afferma l'esigenza di introdurre adeguati approcci metodologici e valide tecniche di gestione che tengano adeguatamente conto delle determinanti della performance lavorativa.

Il concetto di competenza professionale costituisce in questa logica il riferimento fondamentale, e anche il necessario complemento del concetto di ruolo.

Questo se si riconosce che le competenze professionali possedute dalle persone sono la base per una positiva risposta alle richieste di ruolo che emergono da un contesto organizzativo complesso; e quindi rappresentano per le stesse aziende un oggetto centrale di attenzione e di investimento. Ma valorizzare le competenze significa innanzitutto disporre di strumenti per definirle e misurarle.

La letteratura scientifica e le applicazioni aziendali in materia di competenze professionali nei più diversi settori di attività configurano uno spettro di definizioni molto ampio.

Per orientarsi, è utile distinguere due tipologie di approcci, che possiamo denominare rispettivamente *top-down* e *bottom-up*.

La prima visione è di tipo *business-oriented*: l'attenzione è alle competenze distintive aziendali e quindi a quell'insieme di capacità e abilità che consentono a un'impresa di offrire un particolare beneficio ai clienti. In pratica, le competenze richieste al personale vengono dedotte dall'individuazione delle core competencies aziendali, cioè dal tipo di conoscenze, capacità, abilità operative sulle quali, a livello organizzativo e non del singolo operatore, si fonda il successo dell'organizzazione.

Il secondo approccio è invece di tipo *bottom-up*. In sostanza l'attenzione è posta in via privilegiata sulle caratteristiche richieste al lavoratore perché la sua prestazione professionale assuma un profilo di elevata qualità e rendimento. Il contesto organizzativo e aziendale (tanto più la strategia) viene considerato solo parzialmente e indirettamente. Si guarda alle prestazioni come vengono fornite in un contesto aziendale e si cerca di capire quali sono le determinanti di una prestazione eccellente, riferita in genere ai lavoratori che vengono considerati *best performer* nella categoria o mansione di appartenenza. Questo filone è stato sviluppato soprattutto da studi condotti da psicologi, attenti quindi agli aspetti individuali, più che a quelli aziendali. In questo campo i principali contributi sono stati dati da Boyatzis (1982) e Spencer & Spencer (1995) i quali, non solo hanno codificato specifiche tipologie di competenze che si sviluppano nei contesti organizzativi, ma hanno anche individuato delle metodologie per la loro valutazione.

Usando la definizione di Lyle e Signe Spencer, molto operativa ai fini gestionali, «Per competenza intendiamo: una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente col-

legata ad una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito» (Spencer & Spencer, 1995:30). Essi individuano cinque tipi di caratteristiche personali, che definiscono la «competenza professionale», alcune delle quali maggiormente osservabili, quali la conoscenza intesa come informazioni e nozioni di cui una persona dispone su un campo specifico; le skill, intese come abilità di compiere un certo compito fisico o mentale; altre competenze, meno osservabili, come quelle connesse alla personalità di un individuo quali il concetto di sé, definito come atteggiamenti, valori e l'immagine di sé di una persona; le motivazioni: intese come schemi mentali, bisogni e spinte interiori che guidano, dirigono e selezionano il comportamento di una persona verso certi scopi e certe azioni e lo allontanano da altri (ciò che un soggetto costantemente pensa o desidera, e che guida e dirige il suo comportamento); e i tratti, cioè le caratteristiche fisiche e reazioni costanti a situazioni o informazioni.

Questi due tipi di modelli di analisi delle competenze possono naturalmente essere adattati e applicati ricercando una migliore aderenza alle diverse realtà operative. Se adeguatamente strutturati essi portano a esplicitare ed eventualmente graduare gli aspetti rilevanti di un'attività lavorativa, in modo da dettare soluzioni negli ambiti di intervento di cui l'azienda dispone. Essi partono dalla constatazione della grande rilevanza assunta dalle differenze individuali di performance e finiscono in questo per porre notevole enfasi sui fattori di comportamento.

Allargando l'attenzione dal ruolo in sé allo spazio o ambiente organizzativo in cui lo stesso si svolge, diventa utile considerare due distinti piani di valutazione della performance e dei comportamenti che la esprimono con riferimento a uno specifico ruolo lavorativo (Rebora, 2017):

- la *performance di compito*, che presenta una relazione diretta con il «cuore» tecnico dell'organizzazione, perché ne esegue i processi tecnici o perché contribuisce a mantenerne o servirne i requisiti tecnici;
- la *performance di contesto*, che non interessa direttamente i processi tecnici, ma contribuisce a costituire, mantenere e migliorare nel tempo le condizioni di ambiente organizzativo, sociale e psicologico che favoriscono o promuovono un efficace funzionamento del nucleo tecnico.

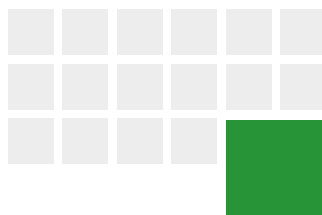
A sua volta, la performance di contesto può essere analizzata nelle due componenti:

- della performance di contesto nel gruppo o nell'unità di appartenenza, che include attività come l'aiuto offerto ai colleghi, la collaborazione volontaria (anche al di là delle prescrizioni organizzative formali), la perseveranza nell'azione, tutte orientate a conferire efficacia alla rete sociale e organizzativa e a rafforzare il clima psicologico nel quale è inserito il funzionamento tecnico vero e proprio;
- della performance di contesto nell'organizzazione, che comprende comportamenti che

contribuiscono direttamente all'efficacia dell'organizzazione nel suo insieme, ad esempio attraverso la promozione e tutela degli interessi e dell'immagine dell'organizzazione nelle relazioni di confine e quindi nell'ambiente esterno, oppure nel contribuire a un'innovazione di rilevanza aziendale e non solo settoriale.

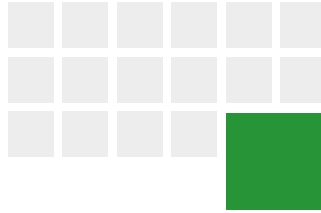
3.10.2 Gli aspetti contrattuali

Rispetto a queste naturali evoluzioni delle organizzazioni, anche i contratti di lavoro, ormai da molto tempo, hanno affrontato il problema di creare sistemi di classificazione del personale che siano il più possibile coerenti con la logica delle competenze professionali, così come ci sono nei contratti e nelle norme richiamati al tema delle competenze professionali, anche se, purtroppo, le esperienze applicative efficaci non sono ad oggi molte. In ogni caso la logica del rapporto di lavoro, a partire dal 1992, si è orientata a individuare, soprattutto per la dirigenza, l'obbligo contrattuale relativo ai risultati ottenuti e in generale la logica delle «mansioni equivalenti» anche nella contrattazione come nella giurisprudenza, si è resa sempre più sfumata e dinamica. Dal punto di vista pratico, tuttavia, poco è stato fatto. Nel 2001, il Dipartimento della Funzione Pubblica, nella direttiva sulla «Formazione e la valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni», evidenziava l'importanza dell'approccio per competenze alla gestione delle risorse umane base di tale orientamento. In particolare, le job description dei profili professionali del lavoro pubblico dovrebbero essere delineate sulla base delle competenze e la loro mappatura dovrebbe essere un aspetto centrale della progettazione micro-organizzativa. L'adozione del «metodo delle competenze» è effettivamente presentato come un cambiamento di paradigma e di prassi gestionale delle risorse umane. Tale paradigma sostituisce quello basato sulle mansioni, cardine del sistema fordista di valutazione e rappresentazione del lavoro. Tale principio è stato ribadito dall'art. 6 ter del D.lgs. 165/01 (modificato con la legge Madia) in materia di fabbisogni di personale il quale recita: «Con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali». Ad oggi, tuttavia, nulla è stato concretamente attuato.



Sintesi

L'evoluzione delle organizzazioni in generale e sanitarie in particolare tende verso il superamento del concetto di mansione, inteso come compiti stabilmente attribuiti a una persona che occupa una certa posizione, per sviluppare maggiormente il concetto di ruolo e con esso quello di competenze professionali. Il concetto di ruolo fa riferimento non ad una o più specifiche attività da eseguire, ma ad un ciclo di prestazioni considerato nella sua globalità e continuità e finalizzato a un risultato significativo dato un processo operativo specifico e un contesto di relazioni con altri ruoli organizzativi. Il ruolo si sviluppa nell'ambito di tre tipologie di azioni: quelle tecniche, connesse ai processi produttivi; quelle relazionali, connesse alle relazioni con altri ruoli e quelle gestionali, connesse alle decisioni che occorre prendere in termini di utilizzo delle risorse. Lo sviluppo del concetto di ruolo nel senso ora indicato ha portato alla definizione di metodi di analisi e valutazione delle competenze professionali che sono considerati utili strumenti ai quali connettere gli strumenti di gestione del personale, in particolare, ma non solo, la definizione dei fabbisogni, la valutazione e la formazione del personale. In termini di valutazione delle performance connesse ai ruoli occorre considerare diverse dimensioni, in particolare la performance di compito e quella di contesto.



Ripasso

Che cosa è una mansione?

È l'insieme dei compiti attribuiti a una persona che occupa una determinata posizione organizzativa nell'ente, definiti dal profilo professionale e dalle declaratorie contrattuali del CCNL riferite all'ordinamento professionale.

Che cos'è il ruolo?

Il ruolo definisce un insieme di prestazioni considerato nella sua globalità e continuità e finalizzato a un risultato significativo dato un processo operativo specifico e un contesto di relazioni con altri ruoli organizzativi.

Quali sono gli ambiti nei quali si sviluppa un ruolo?

Il ruolo si sviluppa nell'ambito di tre tipologie di azioni: quelle tecniche, connesse ai processi produttivi, quelle relazionali connesse alle relazioni con altri ruoli e quelle gestionali, connesse alle decisioni che occorre prendere in termini di utilizzo delle risorse.

Che cosa sono le competenze?

Per competenza intendiamo: una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata a una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito.

Riferimenti bibliografici e sitografici

ARAN (2013), «Organizzazione e capitale umano: due questioni chiave per il rilancio del pubblico impiego», Occasional paper 4/2013, <http://www.aranagenzia.it/index.php/statistiche-e-pubblicazioni/>.

ARAN (2017), *Modelli di rappresentazione delle professioni e relative competenze: ipotesi di lavoro per la PA, Rapporti tematici*, https://www.aranagenzia.it/attachments/article/8831/Rapporto%20finale%20ARAN%20Professioni%20NOV-2017_SITO.pdf

Boyatzis R. (1982), *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, Wiley Interscience, New York.

Dipartimento Funzione Pubblica (2001), «Direttiva sulla Formazione e la valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni», 13 dicembre 2001, <http://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/16892.pdf>.

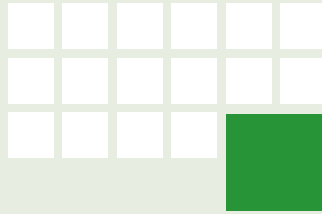
DFP-EUPAN (2014), «Mapping and Managing Competencies in European Public Administration. Three Italian Initiatives», EUPAN Network, http://www.eupan.eu/files/repository/20141215141130_RomeDG_-_11_-_Competencies_in_HR_1.pdf

Goeta G.F. (1992), «Il Performance Management interattivo», *Sviluppo & Organizzazione*, 3.

McClelland D.C. (1973), «Testing for Competence Rather than for Intelligence», *American Psychologist*, 28.

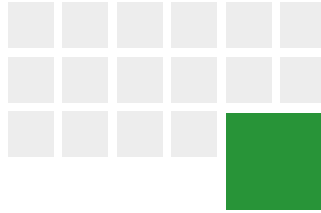
Rebora G. (2017), *Scienza dell'organizzazione: il design di strutture, processi e ruoli*, Carocci, Roma.

Spencer L.M., Spencer S.M. (1995), *Competenze nel lavoro. Modelli per una performance superiore*, Franco Angeli, Milano.



4

La dirigenza



4.1

Accesso alla qualifica e valutazione della dirigenza

Alessandro Boscati

4.1.1 Dirigenza medico-veterinaria e dirigenza SPTA (Sanitaria Professionale Tecnico Amministrativa)

La dirigenza del comparto sanità ha una propria specificità nell'ambito della dirigenza pubblica. Mentre per la dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo si applicano le disposizioni del D.lgs. n. 165/2001 (cfr. art. 26 del D.lgs. n. 165/2001), la dirigenza del ruolo sanitario è destinataria di una peculiare disciplina dettata dal D.lgs. n. 502/1992. Alla diversa disciplina normativa si accompagna anche l'applicazione di un differente contratto collettivo. Prima della sottoscrizione dell'accordo quadro del 13 luglio 2016 per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale (2016-2018), la dirigenza medica e veterinaria (comprendente medici, veterinari ed odontoiatri del comparto del Servizio sanitario nazionale) era disciplinata dal contratto collettivo d'area IV dirigenziale, mentre i dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico, amministrativo del comparto del Servizio sanitario nazionale erano disciplinati dal contratto d'area III dirigenziale; a seguito dell'accordo quadro del luglio 2016 si è previsto che l'area contrattuale dirigenziale della sanità comprende i dirigenti medici, veterinari, odontoiatri e sanitari delle amministrazioni del comparto sanità, ivi compresi i dirigenti delle professioni sanitarie, con esclusione dei dirigenti amministrativi, tecnici e professionali, compresi nell'area delle funzioni locali. Peraltro, il comma 687 della legge di bilancio 2019 ha affermato che, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 7 agosto 2015, n. 124, la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale rimane nei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale e che con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del D.lgs. n. 165/2001, tra l'ARAN e le Confederazioni sindacali si provvede alla modifica del contratto collettivo quadro per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale (2016-2018) del 13 luglio 2016. In seguito, è stato specificato che per il triennio 2019-2021 la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti

della delega di cui sopra, è compresa nell'area della contrattazione collettiva della sanità nell'ambito dell'apposito accordo stipulato ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del D.lgs. n. 165/2001.

La disciplina della dirigenza sanitaria si ricava dal combinato disposto di quella generale, di cui al D.lgs. n. 165/2001 e di quella speciale, di cui al D.lgs. n. 502/1992. L'art. 15, comma 2 di quest'ultimo decreto delegato dispone, infatti, che la dirigenza sanitaria è disciplinata dal D.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29 (da intendersi oggi come D.lgs. n. 165/2001) «salvo quanto previsto dal presente decreto». Ne deriva che le disposizioni del D.lgs. n. 165/2001 sono applicabili alla dirigenza sanitaria in via residuale, ovvero per i profili non espressamente disciplinati, e in quanto non in contrasto con il D.lgs. n. 502/1992.

La specialità della disciplina della dirigenza sanitaria emerge già dalla regolamentazione dell'accesso.

Per quanto concerne la dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, l'art. 26 del D.lgs. n. 165/2001 prevede che si acceda a tali ruoli mediante concorso pubblico per titoli ed esami, a cui possono essere ammessi candidati in possesso del relativo diploma di laurea, con cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità prestato in enti del Servizio sanitario nazionale nella posizione funzionale di settimo e ottavo livello, ovvero in qualifiche funzionali di settimo, ottavo e nono livello di altre pubbliche amministrazioni. Inoltre, solo per il personale del ruolo tecnico e professionale, l'ammissione è consentita anche ai candidati in possesso di esperienze lavorative con rapporto di lavoro libero-professionale o di attività coordinata e continuata presso enti o pubbliche amministrazioni, ovvero di attività documentate presso studi professionali privati, società o istituti di ricerca, aventi contenuto analogo a quello previsto per corrispondenti profili del ruolo medesimo.

Per la dirigenza del ruolo sanitario l'art. 15, comma 7 del D.lgs. n. 502/1992 dispone che si acceda ad essa mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del DPR 10 dicembre 1997, n. 483 (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale). Tale regolamento si articola in due parti: la prima detta la disciplina generale valida per tutte le procedure selettive, riproducendo molteplici previsioni del DPR 9 maggio 1994, n. 487; la seconda contiene regole specifiche di ciascun tipo di procedimento attinente ad ognuno dei profili del ruolo sanitario.

Più precisamente il DPR n. 483/1997 disciplina le varie fasi del procedimento di accesso alla qualifica di dirigente medico, quali: la verifica delle disponibilità dei posti da mettere a concorso; l'indizione del concorso pubblico per titoli e esami; la definizione dei requisiti generali e specifici richiesti ai candidati.

Il bando di concorso (e più in generale la procedura di assunzione) deve riguardare solo i posti accertati essere disponibili. Il bando ha natura di atto amministrativo nella parte in cui detta le regole per lo svolgimento del concorso; è atto di diritto privato nella parte in cui regola le condizioni sostanziali per la concretizzazione dell'ingresso del candidato nel sistema dell'impiego pubblico. Il bando indica anche il contratto di lavoro che l'azienda intende concludere con il candidato (conformemente alla delibera di indizione).

Per quanto concerne i requisiti di accesso alla dirigenza medica, occorre differenziare tra

requisiti generali e requisiti specifici. I primi sono costituiti dalla cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o di un Paese membro della UE; l'idoneità fisica accertata da visita medica preliminare. I secondi sono costituiti dal titolo di studio per l'accesso alle rispettive carriere (laurea in medicina e chirurgia e specializzazione) e l'iscrizione all'Albo ove richiesta per l'esercizio dell'attività professionale.

Il bando indica la scadenza per la presentazione delle domande e tutte le dichiarazioni che devono essere fornite dai partecipanti. Scaduto il termine per la presentazione il direttore generale procede alla nomina della commissione giudicatrice. La commissione giudica sulla base di titoli di carriera; servizi di ruolo quale medico presso pubbliche amministrazioni; pubblicazioni e titoli scientifici; curriculum formativo e professionale. Il regolamento determina il punteggio che deve essere attribuito alle singole prove di esame. Sono prove di esame la prova scritta, la prova pratica e la prova orale, secondo l'ordine indicato. La giurisprudenza ha affermato che la disciplina della chirurgia esige che la prova pratica sia effettiva e non possa essere sostituita da relazione scritta.

Al termine delle valutazioni la commissione stila una graduatoria. Il direttore generale verifica la regolarità del concorso e approva formalmente gli atti del concorso e la graduatoria. L'atto di approvazione della graduatoria è atto amministrativo ma anche atto privatistico. Ne deriva una diversa giurisdizione a seconda del motivo di impugnazione della graduatoria e/o di atti del concorso. Nei limiti temporali fissati dal legislatore è possibile scorrere la graduatoria.

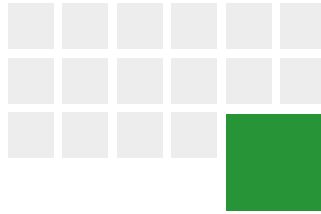
I vincitori (o gli idonei a seguito dello scorrimento della graduatoria) sono chiamati dall'azienda a presentare la documentazione necessaria per l'assunzione propedeutica alla stipulazione del contratto di lavoro, che deve sempre indicare la data di inizio del rapporto di lavoro, in quanto da tale data, che coincide con la presa di servizio, decorrono gli effetti economici e normativi del rapporto di lavoro. La forma del contratto di lavoro è necessariamente scritta a pena di nullità.

Il contenuto necessario del contratto di lavoro è individuato dal contratto collettivo e deve indicare la tipologia di contratto; la data di inizio; l'area (medica, chirurgia, diagnostica ecc.) e la disciplina (cardiologia, ortopedia ecc.); il tipo di incarico conferito al dirigente; gli obiettivi generali da conseguire; la durata dell'incarico; le modalità di effettuazione delle verifiche/valutazioni; il trattamento economico complessivo, costituito dalle voci del trattamento fondamentale e dalle voci del trattamento accessorio spettanti; la misura dell'indennità di esclusività (se prevista); la sede di destinazione; l'eventuale clausola di esclusività; il richiamo alla disciplina dei contratti collettivi nel tempo vigenti anche per le cause di risoluzione del contratto di lavoro e per i termini di preavviso; il periodo di prova, se previsto.

In merito alla prova, sono assunti in prova i dirigenti medici appena assunti nella qualifica di dirigente e tutti coloro che – già dirigenti nella stessa o altra azienda sanitaria del comparto – a seguito di pubblico concorso cambino area o disciplina di appartenenza. Possono essere esonerati dal periodo di prova i dirigenti medici che lo abbiano già superato nella medesima qualifica e disciplina presso altra azienda sanitaria. Il periodo di prova ha la durata di sei mesi a decorrere dalla effettiva entrata in servizio e, ai fini del suo compimento, si deve

tener conto solo del servizio effettivo prestato. Una peculiare disciplina concerne il periodo di prova dell'incaricato di struttura complessa (su cui 4.6). Decorsa la metà del periodo di prova (tre mesi), ciascuna delle parti (dirigente o azienda sanitaria) può recedere dal rapporto in qualsiasi momento senza obbligo di preavviso, né della relativa indennità sostitutiva, fatte salve le ipotesi di sospensione; tuttavia l'azienda, a differenza del dirigente, deve motivare il recesso.

Sui profili della valutazione v. 4.2.



Sintesi

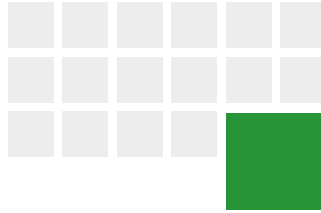
La dirigenza si articola in dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, cui si applicano le disposizioni del D.lgs. n. 165/2001, e dirigenza del ruolo sanitario disciplinata dal D.lgs. n. 502/1992. Alla diversa disciplina normativa si accompagna anche l'applicazione di un differente contratto collettivo: dell'area funzioni locali per i primi, dell'area sanità per i secondi.

L'accesso alla dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo avviene mediante concorso pubblico per titoli ed esami, a cui possono essere ammessi candidati in possesso del relativo diploma di laurea, con cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità prestato in enti del Servizio sanitario nazionale nella posizione funzionale di settimo e ottavo livello, ovvero in qualifiche funzionali di settimo, ottavo e nono livello di altre pubbliche amministrazioni. Per il solo personale del ruolo tecnico e professionale, l'ammissione è consentita anche ai candidati in possesso di esperienze lavorative con rapporto di lavoro libero-professionale o di attività coordinata e continuata presso enti o pubbliche amministrazioni, ovvero di attività documentate presso studi professionali privati, società o istituti di ricerca, aventi contenuto analogo a quello previsto per corrispondenti profili del ruolo medesimo.

Alla dirigenza del ruolo sanitario si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del DPR 10 dicembre 1997, n. 483 che si articola in due parti: la prima detta la disciplina generale valida per tutte le procedure selettive; la seconda contiene regole specifiche di ciascun tipo di procedimento attinente a ognuno dei profili del ruolo sanitario.

Per quanto concerne i requisiti di accesso alla dirigenza medica occorre differenziare tra requisiti generali e requisiti specifici.

Con il vincitore del concorso è sottoscritto il contratto individuale che deve indicare la tipologia di contratto; la data di inizio; l'area (medica, chirurgia, diagnostica ecc.) e la disciplina (cardiologia, ortopedia ecc.); il tipo di incarico conferito al dirigente; gli obiettivi generali da conseguire; la durata dell'incarico; le modalità di effettuazione delle verifiche/valutazioni; il trattamento economico complessivo, costituito dalle voci del trattamento fondamentale e dalle voci del trattamento accessorio spettanti; la misura dell'indennità di esclusività (se prevista); la sede di destinazione; l'eventuale clausola di esclusività; il richiamo alla disciplina dei contratti collettivi nel tempo vigenti anche per le cause di risoluzione del contratto di lavoro e per i termini di preavviso; il periodo di prova, se previsto.



Ripasso

Quali sono le modalità di accesso alla dirigenza?

L'accesso alla dirigenza avviene mediante concorso pubblico per titoli ed esami; le disposizioni di riferimento e i requisiti sono però regolamentati diversamente a seconda che si tratti di dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo o di dirigenza del ruolo sanitario.

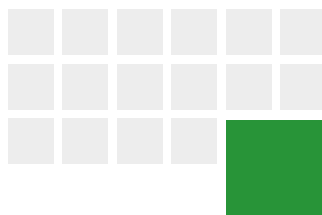
Quali sono i requisiti per accedere alla dirigenza del ruolo sanitario?

Occorre differenziare tra requisiti generali e requisiti specifici. I requisiti generali sono costituiti dalla cittadinanza italiana, salvo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o di un Paese membro della UE; l'idoneità fisica accertata da visita medica preliminare; i requisiti specifici sono costituiti dal titolo di studio per l'accesso alle rispettive carriere (laurea in medicina e chirurgia e specializzazione) e l'iscrizione all'Albo ove richiesta per l'esercizio dell'attività professionale.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



4.2 Il rapporto di lavoro: funzioni e compiti

Alessandro Boscati

4.2.1 Ruolo e responsabilità del dirigente

Il rapporto di lavoro del dirigente pubblico di ruolo è caratterizzato dalla scissione tra il contratto di assunzione a tempo indeterminato e l'incarico a termine con cui si incardina il dirigente in una certa posizione nell'ambito della struttura con l'attribuzione di specifici compiti. Ciò vale per tutta la dirigenza sia dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo e sia per quella sanitaria. Una propria specificità riveste la disciplina del conferimento degli incarichi di struttura complessa.

Con specifico riferimento alla dirigenza sanitaria, l'art. 15, comma 1, del D.lgs. n. 502/1992 ne prevede la collocazione in unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. All'unicità del livello corrisponde, dunque, una pluralità di funzioni dirigenziali, diversamente graduate e retribuite in ragione delle differenti competenze gestionali e professionali richieste per il loro esercizio. Una graduazione delle funzioni che è in parte imposta dall'unicità del livello dirigenziale, ma che costituisce anche una diretta conseguenza della necessità di far corrispondere gli incarichi dirigenziali alle esigenze evidenziate dall'assetto organizzativo prescelto dall'azienda. Il legislatore precisa, altresì, che l'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale e aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità.

Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare e alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

L'articolazione funzionale interna alla dirigenza si realizza poi concretamente attraverso il conferimento degli incarichi da parte del direttore generale con cui i dirigenti sono collocati nelle varie posizioni funzionali, come già visto, previamente graduate dalla singola amministrazione sulla scorta dei criteri generali fissati dalla fonte collettiva (su cui infra 4.6 e 4.7).

Per quanto concerne le varie posizioni dirigenziali all'interno del SSN, la normativa distingue tra dirigenti responsabili di struttura complessa, dirigenti responsabili di struttura semplice e altri dirigenti. Le prime due figure sono denominate rispettivamente «Direttore», per l'incaricato responsabile di struttura complessa e «Responsabile» per il dirigente responsabile di struttura semplice.

Per struttura, si intende l'articolazione organizzativa per cui l'atto aziendale prevede la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. E più specificatamente per strutture complesse quelle strutture caratterizzate dalla evidenza della particolare rilevanza assunta all'interno dell'organizzazione, sì da considerarsi strutture complesse i dipartimenti e le unità operative individuate secondo l'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'art. 8-quater, comma 3, del D.lgs. n. 502/1992 e nella prima fase applicativa corrispondenti a quelle assegnate alla responsabilità dei dirigenti di ex II livello. Per struttura semplice si intendono sia le articolazioni interne della struttura complessa, sia quelle a valenza dipartimentale o distrettuale, dotate di responsabilità e autonomia nella gestione delle risorse (umane, tecniche o finanziarie). Con atto aziendale di diritto privato e in funzione del perseguimento dei fini istituzionali delle aziende sanitarie, sono individuate le strutture operative (dipartimenti) dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata.

Fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento è nominato dal direttore generale il direttore di dipartimento il quale rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti (ivi comprese le risorse umane). Il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.

Ai dirigenti incaricati della direzione di struttura semplice sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di organizzazione e di direzione della struttura.

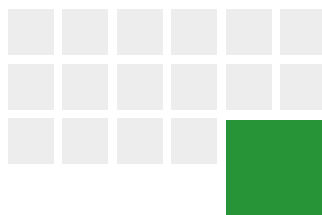
Gli incarichi non comportanti direzione di struttura implicano lo svolgimento di funzioni di natura professionale attinenti alla specifica disciplina professionale di appartenenza, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, nonché funzioni ispettive, di verifica e controllo, con ambiti di autonomia progressivamente ampliati sulla base delle verifiche e della valutazione del grado di autonomia professionale conseguito. Più precisamente al dirigente neo-assunto è attribuito un incarico di natura professionale con 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; al dirigente con cinque anni di attività con valutazione positiva possono essere attribuite funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché incarichi di direzione di strutture semplici. Secondo quanto stabilito dalla contrattazione collettiva, 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, mentre 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 nella disciplina di appartenenza.

Tutti i dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, nonché a una valutazione al termine dell'incarico. L'esito positivo delle verifiche costituisce condizione per la conferma dell'incarico o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo. L'esito negativo può comportare, oltre alla mancata corresponsione della retribuzione di risultato, la revoca dell'incarico e l'assegnazione di un incarico diverso, anche di minor pregio, e, nei casi più gravi, il recesso dell'amministrazione. Si prevede, infatti che gli incarichi siano revocati nei casi di *a*) inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; *b*) mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; *c*) responsabilità grave e reiterata; *d*) in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro e che *e*) nei casi di maggiore gravità il direttore generale possa recedere dal rapporto.

Gli organismi di valutazione sono il collegio tecnico e il nucleo di valutazione. Il collegio tecnico 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, nonché dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultra quinquennale in relazione all'indennità di esclusività. Il nucleo di valutazione procede alla verifica e valutazione annuale dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice, nonché dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione

della retribuzione di risultato. La definizione dei meccanismi e degli strumenti di valutazione è rimessa alle aziende, cui spetta fissare preventivamente i criteri generali che informano i sistemi di valutazione delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti, nonché dei relativi risultati di gestione.

Secondo quanto previsto dalla contrattazione collettiva le procedure di valutazione sono improntate ai principi di trasparenza dei criteri utilizzati, di oggettività delle metodologie adottate e di obbligo di motivazione della valutazione espressa; di informazione adeguata e di partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio, nella valutazione di prima e seconda istanza; della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente o valutatore.



Sintesi

Il rapporto di lavoro del dirigente pubblico di ruolo è caratterizzato dalla scissione tra il contratto di assunzione a tempo indeterminato e l'incarico a termine con cui si incardina il dirigente in una certa posizione nell'ambito della struttura con l'attribuzione di specifici compiti. Una propria specificità riveste la disciplina del conferimento degli incarichi di struttura complessa.

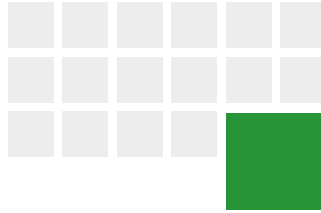
La dirigenza sanitaria è collocata in unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali.

L'articolazione funzionale interna alla dirigenza si realizza attraverso il conferimento degli incarichi da parte del direttore generale con cui i dirigenti sono collocati nelle varie posizioni funzionali previamente graduate dalla singola amministrazione sulla scorta dei criteri generali fissati dalla fonte collettiva. In particolare, si distingue tra dirigenti responsabili di struttura complessa, dirigenti responsabili di struttura semplice e altri dirigenti. Per struttura, si intende l'articolazione organizzativa per cui l'atto aziendale prevede la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. E più specificatamente per strutture complesse quelle strutture caratterizzate dalla evidenza della particolare rilevanza assunta all'interno dell'organizzazione. Gli incarichi di responsabilità di una struttura possono essere conferiti solo a dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di servizio e valutazione positiva.

Tutti i dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, nonché a una valutazione al termine dell'incarico. Gli organismi di valutazione sono il collegio tecnico e il nucleo di valutazione. Il collegio tecnico 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, nonché dei dirigenti che raggiungono l'esperienza

professionale ultra quinquennale in relazione all'indennità di esclusività. Il nucleo di valutazione procede alla verifica e valutazione annuale dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice, nonché dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

La definizione dei meccanismi e degli strumenti di valutazione è rimessa alle aziende, cui spetta fissare preventivamente i criteri generali che informano i sistemi di valutazione delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti, nonché dei relativi risultati di gestione.



Ripasso

Qual è la connotazione che qualifica il rapporto di lavoro del dirigente di ruolo?

L'elemento di specialità del rapporto di lavoro dirigenziale è dato dalla scissione tra contratto di assunzione a tempo indeterminato con cui si attribuisce la qualifica e l'incarico a termine.

A quale valutazione sono sottoposti i dirigenti? Da parte di chi?

I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale, da parte del nucleo di valutazione, e a una valutazione al termine dell'incarico, da parte del collegio tecnico.

Quali sono le conseguenze della valutazione negativa?

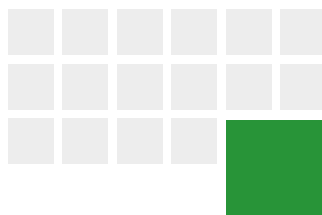
L'esito negativo può comportare, oltre alla mancata corresponsione della retribuzione di risultato, la revoca dell'incarico e l'assegnazione di un incarico diverso, anche di minor pregio, e, nei casi più gravi, il recesso dell'amministrazione.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Boscati A. (2018), «La valutazione della dirigenza alla prova della 'riforma Madia'», *Diritto del mercato del lavoro*, pp. 25 ss.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



4.3 La mobilità dirigenziale

Alessandro Boscati

Sul piano legislativo si differenzia tra mobilità interna o esterna, a seconda che a cambiare sia solo il luogo della prestazione nell'ambito della medesima amministrazione (più correttamente qualificabile sul piano del diritto positivo quale trasferimento geografico), oppure l'amministrazione di appartenenza. Per la mobilità interna fino al DL n. 90/2014 valeva la regola per cui il trasferimento da un'unità produttiva ad un'altra potesse avvenire ex art. 2103 c.c. solo in presenza di «comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive»; dall'emanazione del citato decreto legge, che ha novellato l'art. 30 del D.lgs. n. 165/2001, si prevede che i dipendenti possono essere trasferiti all'interno della stessa amministrazione in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti anche in assenza delle indicate ragioni, nell'ovvio rispetto dell'inquadramento acquisito. La mobilità esterna è, invece, disciplinata sempre dall'art. 30 (passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse) ove si disciplina non solo la mobilità volontaria (su cui di seguito), compresa l'immissione in ruolo di dipendenti provenienti da altre amministrazioni in posizione di comando, ma anche la mobilità obbligatoria, previo accordo tra le amministrazioni interessate, qualora il passaggio avvenga in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede di provenienza; dall'art. 31 che disciplina la mobilità correlata al trasferimento di attività; dall'art. 32 che regola la mobilità collegata allo scambio con pubbliche amministrazioni di Paesi stranieri; dall'art. 33 che disciplina una mobilità finalizzata alla gestione delle eccedenze di personale. A queste previsioni si aggiunge quella dell'art. 23-bis del D.lgs. 165/2001 che disciplina la mobilità tra settore pubblico e settore privato e prevede che i dirigenti della pubblica amministrazione (in generale) possano a domanda essere collocati in aspettativa senza assegni per lo svolgimento di attività presso soggetti e organismi, pubblici o privati, anche operanti in sede internazionale, i quali provvedono al relativo trattamento previdenziale. Tale periodo di aspettativa comporta il mantenimento della qualifica posseduta e il riconoscimento dell'anzianità di servizio.

La contrattazione collettiva prevede a sua volta due tipi di mobilità, una esterna, volontaria tra amministrazioni e una interna, nell'ambito della medesima amministrazione, differenziando tra mobilità a domanda per richiesta di nuovo incarico, mobilità d'urgenza, mobilità per ristrutturazione aziendale.

A sua volta la mobilità può configurarsi come mobilità singola, qualora riguardi un solo dipendente, oppure mobilità collettiva, qualora riguardi più lavoratori, ipotesi qualificabile nei casi di eccedenza di personale.

La mobilità individuale volontaria esterna, secondo quanto previsto dalla legge e dalla contrattazione collettiva, comporta la copertura di posti vacanti attraverso passaggio diretto di dipendenti in servizio presso un'altra amministrazione. A tal fine l'ente deve rendere pubblica la propria intenzione di ricoprire il posto tramite la pubblicazione sul sito istituzionale, per almeno trenta giorni, di un bando che definisca i requisiti e le competenze professionali richieste. Il passaggio può riguardare dipendenti appartenenti a una qualifica corrispondente ed è disposto previo assenso dell'amministrazione di appartenenza. Ancorché la disciplina vigente non ne faccia più esplicito riferimento, si deve ritenere che continui a configurarsi «come regola» una cessione del contratto, atteso il necessario consenso dei tre soggetti interessati (amministrazione di destinazione, amministrazione di provenienza e lavoratore). La mobilità del dirigente medico può attivarsi solo a parità di qualifica, disciplina e area di appartenenza, fatte salve le eccezioni stabilite da norme contrattuali collettive. Ne deriva, dunque, che il passaggio avviene:

- a) a domanda del dirigente;
- b) superato il periodo di prova;
- c) in presenza della relativa vacanza di organico;
- d) nel rispetto dell'area e disciplina di appartenenza del dirigente stesso;
- e) con l'assenso dell'azienda di destinazione e di quella di provenienza. Pertanto, in assenza del nulla osta dell'azienda di provenienza, il trasferimento non potrà realizzarsi, neppure fornendo il preavviso di tre mesi previsto dalla disciplina contrattuale.

La mobilità non comporta novazione del rapporto di lavoro. Il rapporto di lavoro prosegue automaticamente presso l'azienda di destinazione e il dirigente conserva l'anzianità di servizio, il trattamento economico e le eventuali ferie maturate. Il fascicolo personale segue il dirigente trasferito. La mobilità comporta l'interruzione dell'incarico rivestito dal dirigente sanitario presso l'azienda di provenienza. Nel conferimento del nuovo incarico (direzione di struttura semplice, incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo), l'azienda di destinazione considera le valutazioni riportate dal dirigente trasferito anche nelle precedenti amministrazioni.

Per i dirigenti incaricati di struttura complessa la mobilità volontaria comporta la perdita dell'incarico. L'azienda di destinazione deve provvedere all'affidamento al dirigente trasferito.

to di uno degli incarichi di: direzione di struttura semplice; di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo. L'incarico di direzione di struttura complessa può essere conferito dalla nuova azienda sanitaria esclusivamente secondo quanto disposto dall'art. 15-ter del D.lgs. n. 502/1992 e seguendo le procedure stabilite dal DPR n. 484/1997.

Per quanto concerne la mobilità interna (c.d. trasferimento), quanto previsto dalla legge all'art. 30 (per i trasferimenti nell'ambito dello stesso comune e al di fuori del comune in sedi non distanti di più di cinquanta chilometri da quella di provenienza) e all'art. 2103 c.c. (per i trasferimenti fuori comune e oltre i cinquanta chilometri), è integrato e specificato dalla contrattazione collettiva che, come visto, distingue tra mobilità a domanda per richiesta di nuovo incarico, mobilità d'urgenza, mobilità per ristrutturazione aziendale o per eccedenza di personale.

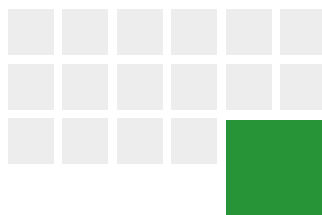
La mobilità interna a domanda si configura quale conferimento di un incarico dirigenziale in struttura ubicata in una sede differente da quella della precedente assegnazione a seguito della richiesta del dirigente, il cui accoglimento ha carattere discrezionale per l'amministrazione. Questa mobilità è definitiva, nel senso che l'accoglimento della domanda del dirigente comporta il suo trasferimento nella nuova sede.

La mobilità interna d'urgenza si configura qualora sia necessario soddisfare le esigenze funzionali delle strutture interessate in presenza di eventi contingenti e non prevedibili, ai quali non si possa far fronte con altri istituti contrattuali. La mobilità d'urgenza avviene nell'ambito della disciplina di appartenenza; prescinde dall'incarico attribuito; prescinde dal consenso del dirigente; ha natura temporanea; deve essere effettuata a rotazione tra tutti i dirigenti. La mobilità d'urgenza ha carattere provvisorio potendo essere disposta per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza. Essa non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare salvo consenso del dirigente, espresso sia per la proroga che per la durata.

La mobilità per ristrutturazione aziendale non richiede il consenso del dirigente interessato e si realizza quando l'affidamento di nuovo incarico è disposto a seguito di processi di ristrutturazione dell'azienda che determinano una modifica della dotazione organica. In queste ipotesi le aziende, al fine di evitare le dichiarazioni di eccedenza, devono esperire ogni utile tentativo per la ricollocazione dei dirigenti e possono ricollocare il dirigente in altra struttura o servizio, anche conferendogli un incarico in discipline diverse da quelle per cui è avvenuta l'immissione in ruolo, purché l'interessato possieda i requisiti di legge per l'accesso (es. specializzazione nella diversa disciplina o in una equipollente), oppure mediante il conferimento degli incarichi dirigenziali per il cui svolgimento non sia richiesto il possesso di una particolare specializzazione.

A seguito della ristrutturazione aziendale si può però configurare un'eccedenza di personale (ipotesi, peraltro, ravvisabile anche nel corso dell'annuale ricognizione di personale). Al fine di facilitare il passaggio diretto del dirigente dichiarato in eccedenza ad altre aziende del comparto ed evitare il collocamento in disponibilità del dirigente che non sia possibile impe-

gnare diversamente nel proprio ambito, l'azienda sanitaria interessata, anche al fine della sottoscrizione di accordi di mobilità, deve trasmettere a tutte le aziende operanti nell'ambito regionale l'elenco dei dirigenti in eccedenza; rendere nota la loro disponibilità al passaggio diretto. L'azienda sanitaria che riceve la richiesta deve comunicare, entro il termine di trenta giorni dalla richiesta, l'entità dei posti vacanti nella dotazione organica per i quali, tenuto conto della programmazione dei fabbisogni, sussiste l'assenso al passaggio diretto dei dirigenti in eccedenza. I posti disponibili sono comunicati ai dirigenti in eccedenza che possono indicare le relative preferenze e chiedere le conseguenti assegnazioni.

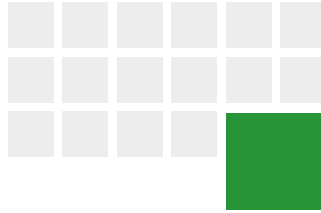


Sintesi

La mobilità si differenzia tra mobilità interna o esterna, a seconda che a cambiare sia solo il luogo della prestazione nell'ambito della medesima amministrazione, oppure l'amministrazione di appartenenza. La mobilità interna è subordinata alla sussistenza di comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive, tranne per i trasferimenti all'interno dello stesso comune a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti. La mobilità esterna può essere volontaria o avvenire previo accordo tra le amministrazioni. Devono essere annoverate tra le ipotesi di mobilità esterna quella correlata al trasferimento di attività; la mobilità collegata allo scambio con pubbliche amministrazioni di Paesi stranieri, la mobilità finalizzata alla gestione delle eccedenze di personale; la mobilità tra settore pubblico e settore privato.

La contrattazione collettiva prevede due tipi di mobilità, una esterna, volontaria tra amministrazioni e una interna, nell'ambito della medesima amministrazione, differenziando tra mobilità a domanda per richiesta di nuovo incarico, mobilità d'urgenza, mobilità per ristrutturazione aziendale.

La mobilità può ulteriormente configurarsi come mobilità singola, qualora riguardi un solo dipendente, oppure mobilità collettiva, qualora riguardi più lavoratori, ipotesi qualificabile nei casi di eccedenza di personale.



Ripasso

Cosa comporta la mobilità esterna sul piano del rapporto di lavoro?

La mobilità comporta la prosecuzione del rapporto presso l'azienda di destinazione e il dirigente conserva l'anzianità di servizio, il trattamento economico e le eventuali ferie maturate.

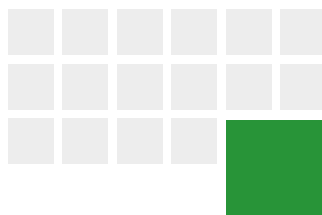
Cosa comporta la domanda di mobilità volontaria presentata da un incaricato di struttura complessa?

La mobilità volontaria comporta la perdita dell'incarico e l'azienda di destinazione deve provvedere all'affidamento al dirigente trasferito di uno degli incarichi di direzione di struttura semplice; di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



4.4 Il licenziamento

Alessandro Boscati

L'originaria formulazione del D.lgs. n. 165/2001 (cui, come evidenziato, rinvia il D.lgs. n. 502/1992 per i profili dallo stesso non regolati) non conteneva specifiche disposizioni volte a regolamentare il licenziamento disciplinare; la regolamentazione era solo indiretta tramite il rinvio generale al codice civile e alle leggi che disciplinano i rapporti di lavoro subordinato nell'impresa (art. 2, comma 2) e attraverso l'estensione integrale dello Statuto dei lavoratori ai dipendenti pubblici contrattualizzati (art. 51, comma 2). Con la novella del 2009 è stata inserita una nuova disposizione, l'art. 55-quater del D.lgs. n. 165/2001, poi successivamente in parte modificata dalla riforma del 2017, il cui testo vigente individua una serie di ipotesi in cui, ferma restando la disciplina in tema di licenziamento per giusta causa o giustificato motivo e salve quelle ulteriori previste dal contratto collettivo, si deve applicare la sanzione disciplinare del licenziamento, operando una distinzione a seconda che tali ipotesi comportino un licenziamento per giusta causa, e dunque senza preavviso, o per giustificato motivo soggettivo e, dunque, con preavviso.

Quali ipotesi di licenziamento per giusta causa sono indicate: *i*) la falsa attestazione della presenza in servizio, mediante l'alterazione dei sistemi di rilevamento della presenza o con altre modalità fraudolente, ovvero giustificazione dell'assenza dal servizio mediante una certificazione medica falsa o che attesta falsamente uno stato di malattia. Il legislatore precisa che costituisce falsa attestazione della presenza in servizio qualunque modalità fraudolenta posta in essere, anche avvalendosi di terzi, per far risultare il dipendente in servizio o trarre in inganno l'amministrazione presso la quale il dipendente presta attività lavorativa circa il rispetto dell'orario di lavoro dello stesso. Anche chi abbia agevolato con la propria condotta attiva o omissiva la condotta fraudolenta risponde della violazione; *ii*) falsità documentali o dichiarative commesse ai fini o in occasione dell'instaurazione del rapporto di lavoro

ovvero di progressioni di carriera; *iii*) reiterazione nell'ambiente di lavoro di gravi condotte lesive dell'onore e della dignità personale altrui; *iv*) condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro.

Quali ipotesi di licenziamento disciplinare con preavviso sono indicate: *i*) assenza priva di valida giustificazione per un numero di giorni, anche non continuativi, superiore a tre nell'arco di un biennio o comunque per più di sette giorni nel corso degli ultimi dieci anni, ovvero mancata ripresa del servizio, in caso di assenza ingiustificata, entro il termine fissato dall'amministrazione; *ii*) ingiustificato rifiuto del trasferimento disposto dall'amministrazione per motivate esigenze di servizio; *iii*) commissione dolosa, o gravemente colposa, del mancato esercizio o decadenza dell'azione disciplinare; *iv*) reiterata violazione di obblighi concernenti la prestazione lavorativa, che abbia determinato l'applicazione, in sede disciplinare, della sospensione dal servizio per un periodo complessivo superiore a un anno nell'arco di un biennio; *v*) insufficiente rendimento, dovuto alla reiterata violazione degli obblighi concernenti la prestazione lavorativa, stabiliti da norme legislative o regolamentari, dal contratto collettivo o individuale, da atti e provvedimenti dell'amministrazione di appartenenza, e rilevato dalla costante valutazione negativa della performance del dipendente per ciascun anno dell'ultimo triennio.

Al licenziamento disciplinare del personale dirigenziale e non dirigenziale si applica la medesima procedura prevista per l'irrogazione delle sanzioni conservative (eccettuato il rimprovero verbale ove la procedura si perfeziona nell'atto dello stesso rimprovero) con l'intero procedimento svolto innanzi all'Ufficio per i procedimenti disciplinari individuato da «ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento e nell'ambito della propria organizzazione». Le amministrazioni, previa convenzione, possono «prevedere la gestione unificata delle funzioni dell'ufficio competente per i procedimenti disciplinari».

L'ufficio, attivatosi su segnalazione del responsabile della struttura in merito a «fatti ritenuti di rilevanza disciplinare di cui abbia avuto conoscenza» (da comunicare immediatamente o, comunque, entro dieci giorni), o comunque ogniqualvolta abbia acquisito conoscenza dei fatti, contesta per iscritto l'addebito al dipendente con immediatezza e comunque non oltre trenta giorni decorrenti dal ricevimento della segnalazione, ovvero dal momento in cui abbia altrimenti avuto piena conoscenza dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare. Nel medesimo atto di contestazione o con atto separato l'ufficio per i procedimenti disciplinari convoca il dipendente per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato. Detta convocazione deve avvenire con un preavviso di almeno venti giorni. Entro il termine fissato per l'audizione il dipendente può inviare una memoria scritta o, in caso di grave e oggettivo impedimento, formulare, per una sola volta, motivata istanza di rinvio, con proroga del termine per la conclusione del procedimento in misura corrispondente. L'ufficio per i procedimenti disciplinari istruisce e conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro centoventi giorni dalla contestazione dell'addebito. Gli atti

di avvio e conclusione del procedimento disciplinare, nonché l'eventuale provvedimento di sospensione cautelare del dipendente, sono comunicati da ogni amministrazione, per via telematica, all'Ispektorato per la funzione pubblica, entro venti giorni dalla loro adozione.

La legge indica come perentori solo i termini per la contestazione dell'addebito e per la conclusione del procedimento. La violazione degli altri termini e delle disposizioni sul procedimento non determina la decadenza dall'azione disciplinare né l'invalidità degli atti e della sanzione irrogata, purché non risulti irrimediabilmente compromesso il diritto di difesa del dipendente e le modalità di esercizio dell'azione disciplinare risultino comunque compatibili con il principio di tempestività. È fatta salva l'eventuale responsabilità del dipendente cui essa sia imputabile.

Una speciale procedura è prevista per la condotta di «falsa attestazione della presenza in servizio, accertata in flagranza ovvero mediante strumenti di sorveglianza o di registrazione degli accessi o delle presenze». In tali casi vi deve essere l'immediata sospensione cautelare senza stipendio del dipendente, fatto salvo il diritto all'assegno alimentare, senza obbligo di una preventiva audizione. Competente a disporre la sospensione è il responsabile della struttura in cui il dipendente lavora, tranne il caso in cui ne venga a conoscenza per primo l'ufficio per i procedimenti disciplinari, il quale è tenuto immediatamente ad agire. La sospensione è disposta con provvedimento motivato, in via immediata e comunque entro quarantotto ore dal momento in cui il responsabile della struttura o l'ufficio per i procedimenti disciplinari ne sono venuti a conoscenza, senza che la violazione di tale termine determini la decadenza dall'azione disciplinare né l'inefficacia della sospensione cautelare, fatta salva, anche in questa ipotesi, l'eventuale responsabilità del dipendente cui essa sia imputabile.

Con il medesimo provvedimento di sospensione cautelare, anche nel caso in cui sia adottato dal responsabile della struttura, si deve procedere alla contestuale contestazione per iscritto dell'addebito e alla convocazione del dipendente dinanzi all'ufficio per i procedimenti disciplinari. Il dipendente è convocato, per il contraddittorio a sua difesa, con un preavviso di almeno quindici giorni e può farsi assistere da un procuratore ovvero da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato. In conformità a quanto previsto per il procedimento disciplinare ordinario, il dipendente, fino alla data dell'audizione, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave, oggettivo e assoluto impedimento, può formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della sua difesa per un periodo non superiore a cinque giorni. Il differimento del termine a difesa del dipendente può essere disposto solo una volta nel corso del procedimento. L'ufficio per i procedimenti disciplinari deve concludere il procedimento entro trenta giorni dalla ricezione, da parte del dipendente, della contestazione dell'addebito. La violazione dei termini indicati, fatta salva l'eventuale responsabilità del dipendente cui essa sia imputabile, non determina la decadenza dall'azione disciplinare né l'invalidità della sanzione irrogata, purché non risulti irrimediabilmente compromesso il diritto di difesa del dipendente e non sia superato il termine di centoventi giorni dalla contestazione dell'addebito per la conclusione del procedimento.

Entro venti giorni dall'avvio del procedimento disciplinare l'amministrazione deve denunciare i fatti al pubblico ministero e segnalare la situazione alla competente procura regionale

della Corte dei conti. La Corte Costituzionale (10 aprile 2020, n. 61) ha dichiarato incostituzionale la restante parte della norma concernente le modalità di stima e quantificazione del danno all'immagine.

L'omessa attivazione del procedimento disciplinare e l'omessa adozione del provvedimento di sospensione cautelare, senza giustificato motivo, da parte dei dirigenti che abbiano acquisito conoscenza del fatto (ovvero, negli enti privi di qualifica dirigenziale, per i responsabili di servizio competenti) costituiscono illecito disciplinare punibile con il licenziamento e di esse è data notizia, da parte dell'ufficio competente per il procedimento disciplinare, all'autorità giudiziaria ai fini dell'accertamento della sussistenza di eventuali reati.

La Corte Costituzionale, confermando quanto già affermato dalla Corte di Cassazione, ha affermato che anche nei casi tipizzati dall'art. 55-quater del D.lgs. n. 165/2001 è sempre ammessa una valutazione di proporzionalità del caso concreto (Corte Cost. 23 giugno 2020, n. 123).

La riforma del 2017 ha espressamente risolto la questione della tutela applicabile al dipendente, anche dirigente, illegittimamente licenziato. L'art. 63, comma 2, del D.lgs. n. 165/2001 prevede che il giudice con la sentenza con cui annulla o dichiara nullo il licenziamento «condanna l'amministrazione alla reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro e al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione di riferimento per il calcolo del trattamento di fine rapporto corrispondente al periodo dal giorno del licenziamento fino a quello dell'effettiva reintegrazione, e comunque in misura non superiore alle ventiquattro mensilità, dedotto quanto il lavoratore abbia percepito per lo svolgimento di altre attività lavorative». Per il medesimo periodo il datore di lavoro è, altresì, condannato, al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali.

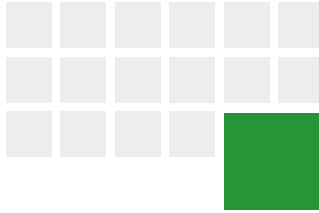
Sintesi

Il licenziamento disciplinare nel settore pubblico è destinatario di una speciale disciplina riferita sia al personale del comparto sia al personale dirigenziale. L'art. 55-quater del D.lgs. n. 165/2001 individua una serie di condotte inadempienti che comportano l'applicazione del licenziamento per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo. Si tratta di comportamenti specifici e aggiuntivi rispetto a quelli desumibili dall'applicazione della nozione legale di giusta causa e di giustificato motivo soggettivo e a quelli definiti dalla contrattazione collettiva.

L'applicazione della sanzione disciplinare è subordinata al rispetto di un procedimento disciplinare che segue le medesime regole dettate per l'applicazione di misure sanzionatorie conservative. Una speciale procedura d'urgenza è, tuttavia, prevista per la condotta di «falsa attestazione della presenza in servizio, accertata in flagranza ovvero mediante strumenti di sorveglianza o di registrazione degli accessi o delle presenze». In tali casi vi deve essere l'immediata sospensione cautelare senza stipendio del dipendente, fatto salvo il diritto all'assegno alimentare, senza obbligo di una preventiva audizione.

La riforma del 2017 ha espressamente risolto la questione della tutela applicabile al dipendente illegittimamente licenziato introducendo una disciplina speciale rispetto al settore privato prevedendo che il giudice con la sentenza con cui annulla o dichiara nullo il licenziamento «condanna l'amministrazione alla reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro e al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione di riferimento per il calcolo del trattamento di fine rapporto corrispondente al periodo dal giorno del licenziamento fino a quello dell'effettiva reintegrazione, e comunque in misura

non superiore alle ventiquattro mensilità, dedotto quanto il lavoratore abbia percepito per lo svolgimento di altre attività lavorative». Per il medesimo periodo il datore di lavoro è, altresì, condannato, al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali.



Ripasso

Che cos'è il licenziamento disciplinare? In quali ipotesi deve essere intimato?

Il licenziamento disciplinare è il licenziamento per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo. Nel settore pubblico il legislatore prevede una serie di inadempimenti in presenza dei quali deve essere intimato, differenziando tra ipotesi riconducibili alla giusta causa e al giustificato motivo soggettivo.

Qual è la tutela riconosciuta al dipendente illegittimamente licenziato?

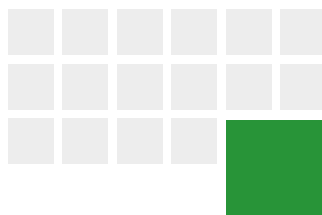
Il dipendente illegittimamente licenziato ha diritto a essere reintegrato nel posto di lavoro e a beneficiare di un'indennità risarcitoria commisurata alla retribuzione di riferimento per il calcolo del trattamento di fine rapporto corrispondente al periodo dal giorno del licenziamento fino a quello dell'effettiva reintegrazione, e comunque in misura non superiore alle ventiquattro mensilità, dedotto quanto il lavoratore abbia percepito per lo svolgimento di altre attività lavorative. Il dipendente ha anche diritto al versamento dei contributi previdenziali.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Boscati A. (2019), «La falsa attestazione della prestazione in servizio tra reiterazione della condotta, valutazione di proporzionalità e rideterminazione della sanzione da parte del giudice», *Diritto e relazioni industriali*, pp. 1185 ss.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



4.5 Il rapporto esclusivo e la gestione dell'attività libero-professionale intramuraria

Alessandro Boscati

4.5.1 Gli istituti economici legati alla esclusività

La possibilità di esercizio dell'attività libero-professionale da parte dei medici incardinati in strutture sanitarie pubbliche costituisce uno dei caratteri che maggiormente li differenzia rispetto ad analoghe figure professionali del pubblico impiego. La disciplina vigente è frutto di una lunga evoluzione normativa. L'art. 4, comma 7, della legge n. 412/1991 ha previsto l'unicità del rapporto di lavoro con il SSN enucleando un regime di incompatibilità con qualsivoglia altra tipologia di rapporto di lavoro subordinato pubblico o privato, con altri rapporti con il SSN anche di natura convenzionale e con l'esercizio di attività o con la titolarità o con la compartecipazione di quote di imprese tali da rendere ravvisabile un conflitto di interessi con il servizio pubblico. Da tale previsione deriva che l'attività libero-professionale è possibile per i medici soltanto se compatibile con il rapporto unico di impiego ed esplicata al di fuori dell'orario di lavoro all'interno o all'esterno di strutture sanitarie. Il principio di esclusività quale regola, che tuttavia ammette eccezioni, è stato confermato dalla successiva evoluzione normativa in un contesto in cui l'esclusività non esclude la possibilità dello svolgimento di libera professione c.d. intramuraria. Fino al 1999 la mancata scelta del rapporto esclusivo impediva il conseguimento di alcune posizioni all'interno dell'organizzazione aziendale, quali ad esempio quella di responsabile di struttura complessa. La riforma del 1999 ha dedicato un interesse particolare alla disciplina dell'attività libero-professionale soprattutto intramuraria. Si è così ribadito il principio dell'esclusività del rapporto quale scelta remunerata di non avvalersi dell'«extramoenia» con possibilità di esercizio della libera professione in regime di «intramoenia» ovvero anche in strutture esterne in assenza di spazi appositi in seno all'azienda.

La disciplina vigente dispone che il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies del D.lgs. n. 502/1992. Quest'ultima disposizione prevede che il rapporto di lavoro non esclusivo dei dirigenti sanitari – ovvero di coloro in servizio al 31 dicembre 1998 che abbiano comunicato al direttore generale l'opzione per l'esercizio della libera professione extramuraria e che non intendano revocare detta opzione – comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende stabiliscono i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare, nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate. I dirigenti che hanno optato per l'esercizio dell'attività libero-professionale extramuraria possono passare, a domanda, al rapporto di lavoro esclusivo. Viceversa è possibile optare per il rapporto non esclusivo, con domanda da presentare entro il 30 novembre di ogni anno e con effetto dal primo gennaio dell'anno successivo e ferma la possibilità per le Regioni di stabilire una cadenza temporale più breve.

Il rapporto di lavoro esclusivo prevede la totale disponibilità del dirigente medico nello svolgimento della sua attività istituzionale nell'ambito dell'incarico attribuitogli. Per i dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo, il D.lgs. 502/1992 prevede uno specifico trattamento economico aggiuntivo per la cui determinazione rinvia ai contratti collettivi di lavoro. La fonte collettiva prevede l'erogazione dell'indennità di esclusività, ossia un «elemento distinto della retribuzione», erogata per tredici mensilità, articolata in fasce che corrispondono al livello di esperienza professionale raggiunto, previa valutazione positiva.

4.5.2 La gestione della libera professione intramuraria

I dirigenti sanitari, a tempo indeterminato o determinato, che abbiano optato per il rapporto di lavoro esclusivo, possono, come anticipato, esercitare l'attività libero-professionale all'interno dell'azienda secondo quanto stabilito dalla legge e precisato dalla contrattazione collettiva, nel rispetto della regolamentazione aziendale.

Il legislatore in primo luogo pone un limite quantitativo allo svolgimento di tale attività libero-professionale intramuraria, prescrivendo che per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, ciascun dipendente non può svolgere un volume di prestazioni libero-professionali superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Alla contrattazione collettiva è demandata la definizione del corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero-professionale nel rispetto dei principi fissati dal legislatore e così declinati: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero-professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali e i tempi di attesa concordati con

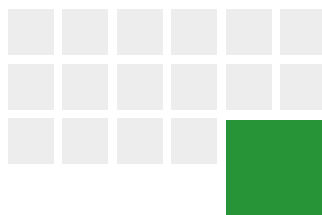
le équipe; l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni di cui al presente comma o di quelle contrattuali. Sulla premessa che l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'azienda, la fonte collettiva la obbliga a negoziare in sede di definizione annuale di budget, con i dirigenti responsabili delle équipe interessate, i volumi di attività istituzionale che devono essere comunque assicurati in relazione alle risorse assegnate. Ciò comporta come logica conseguenza anche la necessità di concordare, con i singoli dirigenti e con le équipe interessate, i volumi di attività libero professionale, che in ogni caso non devono essere superiori a quelli assicurati dalle attività istituzionali. Ad appositi organismi paritetici è demandato il compito di verificare il rispetto di tali limiti e l'adozione delle relative sanzioni in caso di violazione.

Il legislatore definisce, inoltre, le quattro tipologie consentite di libera professione intramuraria, da esercitare al di fuori dell'impegno di servizio e nell'ambito di previsione organizzativa generalmente di livello aziendale: *a*) attività libero-professionale individuale, resa a pagamento nell'ambito delle strutture aziendali; *b*) partecipazione ai proventi di attività svolta in équipe; *c*) partecipazione ai proventi di attività a pagamento, richiesta da singoli utenti e svolta, individualmente o in équipe in altra azienda del SSN o in altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture; *d*) partecipazione ai proventi di attività professionale richiesta a pagamento da terzi all'azienda, purché tale attività consenta la riduzione dei tempi di attesa secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipe dei servizi interessati.

Le modalità di svolgimento delle attività di cui sopra e i criteri per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti sanitari interessati, nonché al personale che presta la propria collaborazione, sono stabiliti dal direttore generale in conformità alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro. L'azienda deve disciplinare i casi in cui l'assistito può chiedere che la prestazione sanitaria sia resa dal dirigente prescelto ed erogata al proprio domicilio. Tale attività è però consentita solo in ragione della particolarità delle prestazioni sanitarie richieste, ovvero del loro carattere straordinario e occasionale, nonché in virtù del rapporto fiduciario già esistente tra il medico e l'assistito con riferimento all'attività libero-professionale intramuraria già svolta individualmente o in équipe nell'ambito dell'azienda.

La legge n. 120/2007 ha dettato alcune disposizioni stringenti per lo svolgimento dell'attività libero-professionale prevedendo l'affidamento alle aziende del servizio di prenotazione delle prestazioni al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni; la riscossione degli onorari sotto la responsabilità delle aziende, la determinazione di un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria; il monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale; la garanzia che, nell'ambito dell'attività istituzionale, le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta; la prevenzione delle situazioni

che determinano l'insorgenza di un conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale; l'adeguamento dei provvedimenti per assicurare che nell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresa quella «allargata» siano rispettate le stesse prescrizioni; il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria; l'istituzione di una relazione annuale al Parlamento sull'esercizio della libera professione medica intramuraria. Con il successivo DL n. 158/2012 si è esclusa la possibilità di svolgere l'attività intramuraria presso studi professionali collegati in rete dove operano anche professionisti non dipendenti o non convenzionati, ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga dell'azienda del SSN e a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni. Infine, con la legge n. 189/2012, di conversione del DL n. 158/2012, è stata istituita una commissione per l'aggiornamento delle tariffe e si è previsto che le aziende tratteranno il 5% dei compensi degli operatori per programmi di prevenzione o riduzione delle liste d'attesa.

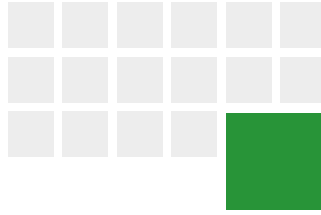


Sintesi

La disciplina vigente dispone che il rapporto dei dirigenti è di regola esclusivo e prevede la totale disponibilità del dirigente medico allo svolgimento della sua attività istituzionale nell'ambito dell'incarico attribuitogli. Il rapporto di lavoro esclusivo comporta il riconoscimento di un trattamento economico aggiuntivo determinato dal contratto collettivo. I dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo possono esercitare attività libero-professionale intramuraria secondo quanto stabilito dalla legge e dalla contrattazione collettiva e nel rispetto del regolamento aziendale. In ogni caso non si può svolgere un volume di prestazioni libero-professionali superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali.

Le tipologie di libera professione intramuraria consentite sono quattro: *a)* attività libero-professionale individuale; *b)* partecipazione ai proventi di attività svolta in équipe; *c)* partecipazione ai proventi di attività a pagamento, richiesta da singoli utenti e svolta, individualmente o in équipe, in altra azienda del SSN o in altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture; *d)* partecipazione ai proventi di attività professionale richiesta a pagamento da terzi all'azienda, purché tale attività consenta la riduzione dei tempi di attesa secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipe dei servizi interessati.

È consentita l'opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo; in questo caso è possibile esercitare attività libero-professionale in studi privati.



Ripasso

Il dirigente medico con rapporto di lavoro esclusivo può esercitare attività libero-professionale?

Il dirigente medico con rapporto di lavoro esclusivo può esercitare solo attività libero-professionale intramuraria nelle tipologie previste: individuale, partecipazione ai proventi di attività svolta in équipe, partecipazione ai proventi di attività a pagamento.

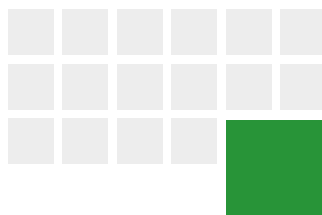
Cosa deve fare il medico con rapporto di lavoro esclusivo per poter esercitare attività libero-professionale extramuraria?

Il dirigente con rapporto di lavoro esclusivo può optare per il rapporto non esclusivo, con domanda da presentare entro il 30 novembre di ogni anno e con effetto dal primo gennaio dell'anno successivo e ferma la possibilità per le Regioni di stabilire una cadenza temporale più breve.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



4.6 Incarichi di struttura e incarichi professionali

Alessandro Boscati

4.6.1 Requisiti per il conferimento degli incarichi

Ferma per la dirigenza di ruolo la scissione tra contratto di assunzione a tempo indeterminato e incarico a termine e le quattro tipologie di incarico in precedenza indicate (incarico di natura professionale riservato ai dirigenti con meno di cinque anni di anzianità; incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo; incarico di direzione di struttura semplice; incarico di direzione di struttura complessa), la contrattazione collettiva, in conformità a quanto previsto dal D.lgs. n. 502/1992 e alle regole dettate dall'art. 19 del D.lgs. n. 165/2001 (che detta criteri oggettivi e soggettivi per il conferimento degli incarichi, procedimentalizza il conferimento, sancisce la non applicabilità dell'art. 2103 c.c. al conferimento e al mutamento degli incarichi), impone alle aziende di formulare in via preventiva i criteri e le procedure per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, trattandosi di attività riconducibile alla funzione organizzativa delle aziende stesse. Gli incarichi sono attribuiti nel rispetto dei criteri e secondo le modalità fissate dalla legge e dalla contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale.

Più precisamente, ai dirigenti neoassunti possono essere affidati solo incarichi di natura professionale, con 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. Detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso i momenti di valutazione e verifica. Tali incarichi sono conferiti dall'azienda su proposta del dirigente responsabile

della struttura di appartenenza – decorso il periodo di prova – con atto scritto e motivato a integrazione del contratto individuale.

Al dirigente con almeno cinque anni di anzianità, che abbia riportato valutazione positiva è conferibile, su proposta del responsabile della struttura di appartenenza, con atto scritto e motivato, in relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente, accertate con le procedure valutative, un incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e controllo. Tali incarichi si intendono quali 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.

Al dirigente con almeno cinque anni di anzianità, che abbia riportato valutazione positiva, può essere altresì attribuito, da parte del direttore generale, su proposta del direttore di struttura complessa di afferenza, un incarico di direzione di struttura semplice, con cui – come evidenziato – si intendono le articolazioni interne della struttura complessa, del dipartimento o del distretto con autonomia gestionale.

Gli incarichi sono a tempo determinato e hanno una durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette (per il legislatore, mentre il contratto nazionale prevede una durata da cinque a sette anni), con facoltà di rinnovo. L'incarico professionale di base ha una durata non superiore ai cinque anni. Per ciascun incarico sono definiti contrattualmente, nel rispetto dei parametri indicati dal contratto collettivo nazionale, l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico.

Una peculiare disciplina è dettata per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa. Si prevede che ai dirigenti in possesso dei requisiti previsti dal DPR 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) siano conferibili incarichi di direzione di struttura complessa secondo la disciplina da ultimo ridefinita dal DL n. 158/2012.

Più precisamente la direzione di strutture complesse è affidata dal direttore generale dell'azienda, a seguito di avviso pubblico, per l'appunto a dirigenti medici in possesso dei requisiti previsti dal DPR 484/1997. Le Regioni disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento di tali incarichi, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie, e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale.

La selezione deve essere effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo. La commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare.

Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto riguardo alle competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti del colloquio, la commissione deve presentare al diret-

tore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale deve individuare il candidato da nominare nell'ambito di questa terna di candidati predisposta dalla commissione e qualora intenda nominare uno dei candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio deve motivare analiticamente la scelta. La nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è invece compiuta dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il dipartimento universitario competente, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare.

Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve.

La revoca anticipata degli incarichi può essere disposta per accertata valutazione negativa o per ragioni di carattere organizzativo (v. 4.2).

4.6.2 Graduatorie delle posizioni

Ogni amministrazione, nel rispetto dei principi e dei criteri fissati dal legislatore e dalla contrattazione dirigenziale, gradua gli incarichi dirigenziali ai quali attribuisce uno specifico valore economico. Per la procedura e le modalità v. 4.7.

4.6.3 Le posizioni organizzative (incarichi di funzione)

Diverse dagli incarichi dirigenziali sono le posizioni organizzative non dirigenziali.

La valorizzazione delle alte professionalità e le esigenze di flessibilità nella gestione delle risorse umane sono state all'origine dell'istituzione delle posizioni organizzative. Tali posizioni rispondevano alla necessità di creare, a un livello inferiore a quello della dirigenza, incarichi a termine specificamente retribuiti (c.d. indennità di funzione), per lo svolgimento di mansioni di particolare valore e contenuto gerarchico, professionale, di staff. La titolarità di posizione organizzativa era legata inscindibilmente a una funzione temporanea, soggetta a preventiva valutazione dei requisiti, delle capacità, delle attitudini e dell'esperienza del candidato. Terminato il periodo dell'incarico, il dipendente tornava a svolgere le mansioni proprie della declaratoria di appartenenza, ferma la possibilità del rinnovo della responsabilità della posizione organizzativa.

Destinatari di tali incarichi potevano essere solo i dipendenti appartenenti all'area apicale del comparto, ossia la categoria D. Le posizioni organizzative erano disciplinate anche per il personale del comparto sanità dalla contrattazione collettiva. Le disposizioni del CCNL 7 aprile 1999 che disciplinavano tali incarichi sono state abrogate dal CCNL 21 maggio 2018 che ha interamente ridisciplinato la materia introducendo il nuovo istituto degli incarichi funzionali, distinti tra incarico di organizzazione e incarico professionale, che sostituisce quelli di posizione organizzativa e di coordinamento.

Si esplicita che i nuovi incarichi funzionali devono comportare lo svolgimento di funzioni che prevedano la diretta assunzione di elevate responsabilità da configurarsi come aggiuntive e/o

maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e profilo di appartenenza. Ne deriva che le funzioni oggetto dell'incarico funzionale non possono mai coincidere con attribuzioni da ritenersi già proprie dell'inquadramento dell'incaricato e, pertanto, devono rappresentare un *quid* di nuovo, di aggiuntivo, di maggiormente complesso e/o responsabilizzante.

Il contratto collettivo differenzia i contenuti e requisiti dei suddetti incarichi in relazione ai diversi ruoli di appartenenza.

Per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale e assistente sociale senior l'incarico di organizzazione comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e socio-sanitaria. L'incarico di organizzazione va graduato secondo i criteri di complessità definiti dalla regolamentazione di ogni singola azienda. La funzione di coordinamento prevista dalla legge n. 43/2006 è confermata e valorizzata all'interno della graduazione dell'incarico di organizzazione, anche in relazione all'evoluzione dei processi e modelli organizzativi e all'esperienza e professionalità acquisite. Per l'esercizio della sola funzione di coordinamento, è necessario il possesso dei requisiti di cui all'art. 6, commi 4 e 5 della legge n. 43/2006. Il requisito richiesto per il conferimento degli ulteriori incarichi di organizzazione è il possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale nella categoria D. La laurea magistrale specialistica rappresenta un elemento di valorizzazione ai fini dell'affidamento degli incarichi di maggiore complessità.

Sempre per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior l'incarico professionale può essere di «professionista specialista» o di «professionista esperto». Nell'ambito delle specifiche aree di intervento delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica e in relazione alle istituende aree di formazione complementare post diploma, sono istituiti incarichi professionali per l'esercizio di compiti derivanti dalla specifica organizzazione delle funzioni delle predette aree prevista nell'organizzazione aziendale. Tali compiti sono aggiuntivi e/o maggiormente complessi e richiedono significative, elevate e innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto. Il requisito per il conferimento dell'incarico di «professionista specialista» è il possesso del master specialistico di primo livello di cui all'art. 6 della legge n. 43/06. Il requisito per il conferimento dell'incarico di «professionista esperto» è costituito dall'aver acquisito competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali e attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse Regioni.

Per il personale appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale l'incarico di organizzazione comporta funzioni di gestione di servizi di particolare complessità, caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale e organizzativa e che possono richiedere anche l'attività di coordinamento di altro personale. L'incarico di organizzazione è di un'unica tipologia e va graduato secondo i criteri di complessità definiti dalla regolamentazione di ogni singola azienda. Il requisito richiesto per l'incarico di organizzazione è il possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale nel profilo d'appartenenza e in categoria D.

Sempre per il personale appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale, l'incarico professionale comporta attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione correlate alla iscrizione ad albi professionali ove esistenti. Il requisito richiesto per l'incarico professionale è il possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale nel profilo d'appartenenza e in categoria D nonché il titolo di abilitazione ove esistente. In tale ultimo caso, il conferimento dell'incarico potrà comportare l'iscrizione al relativo albo, sempre ove esistente, se necessario ai fini dello svolgimento dello stesso.

Tali incarichi sono istituiti dalle aziende in relazione alle esigenze di servizio e sulla base dei propri ordinamenti e delle leggi regionali di organizzazione nonché delle scelte di programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale e/o regionale nei limiti delle risorse disponibili nel fondo denominato «Condizioni di lavoro e incarichi».

Le aziende e gli enti provvedono alla graduazione degli incarichi di funzione e individuano l'importo della relativa indennità entro il valore minimo e massimo previsti dalla contrattazione collettiva. Nella graduazione degli incarichi si dovrà, in ogni caso, tenere conto della dimensione organizzativa di riferimento, del livello di autonomia e responsabilità della posizione, del tipo di specializzazione richiesta, della complessità ed implementazione delle competenze, della valenza strategica rispetto agli obiettivi dell'azienda. La sovraordinazione tra gli incarichi è determinata dal livello di complessità connesso a ciascuno di essi secondo il modello organizzativo presente nell'azienda.

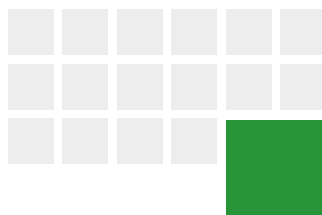
I criteri selettivi e le modalità per conferire tali incarichi sono definiti dalle aziende in via preventiva. Gli incarichi sono attribuiti dall'azienda a domanda dell'interessato sulla base di avviso di selezione e sono conferiti con provvedimento scritto e motivato che ne riporta i contenuti ivi inclusi, in particolare, la descrizione delle linee di attività. L'incarico è a termine e l'azienda, sulla base delle proprie esigenze organizzative, ne determina la durata tra un minimo di tre anni e un massimo di cinque anni. Gli incarichi possono essere rinnovati, previa valutazione positiva, senza attivare una nuova procedura per una durata massima complessiva di dieci anni.

La revoca degli incarichi prima della scadenza può avvenire, con atto scritto e motivato, per diversa organizzazione dell'ente derivante dalla modifica dell'atto aziendale o per valutazione negativa o anche per il venir meno dei requisiti richiesti per l'attribuzione.

Il risultato delle attività svolte dai dipendenti titolari di incarico di funzione è soggetto a specifica valutazione annuale nonché a valutazione finale al termine dell'incarico. La valutazione annuale è effettuata nell'ambito del ciclo della performance e il suo esito positivo dà titolo alla corresponsione dei premi. Le aziende prima di procedere alla definitiva formalizzazione di una valutazione negativa acquisiscono, in contraddittorio, le considerazioni del dipendente interessato anche assistito dalla organizzazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato o da persona o legale di sua fiducia. L'esito della valutazione finale è rilevante per l'affidamento dello stesso o di altri incarichi.

La revoca dell'incarico comporta la perdita del trattamento economico accessorio relativo alla titolarità dello stesso. In tal caso, il dipendente resta inquadrato nella categoria di

appartenenza e viene restituito alle funzioni del profilo di appartenenza con corresponsione del relativo trattamento economico. Il trattamento economico accessorio del personale titolare degli incarichi è finanziato con le risorse del fondo denominato «Condizioni di lavoro e incarichi» ed è costituito dall'indennità d'incarico. Restano ferme la corresponsione dell'indennità professionale specifica per i profili per i quali è prevista, nonché dei compensi per la performance e la remunerazione delle particolari condizioni di lavoro. L'indennità relativa agli incarichi di organizzazione assorbe il compenso per il lavoro straordinario. Tale compenso è comunque spettante qualora il valore di tali incarichi sia definito in misura inferiore ad euro 3.227,85. L'indennità d'incarico varia da un minimo di 1.678,48 euro a un massimo di 12.000,00 euro annui lordi per tredici mensilità, in relazione a quanto risultante dal provvedimento di graduazione e in relazione alle risorse disponibili nell'apposito fondo dell'azienda.

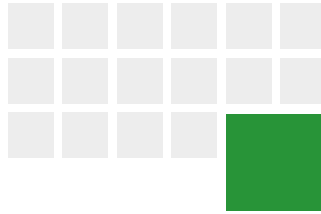


Sintesi

Le aziende nel rispetto di quanto previsto dalla legge e dalla contrattazione collettiva nazionale devono formulare in via preventiva i criteri e le procedure per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali. Gli incarichi sono conferiti compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale. Gli incarichi sono previamente graduati dall'amministrazione secondo i criteri dettati dalla legge e dalla contrattazione collettiva; ad ogni incarico è attribuito uno specifico valore economico.

Gli incarichi sono a tempo determinato, con facoltà di rinnovo. Per ciascun incarico sono definiti contrattualmente l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico. Una peculiare disciplina è dettata per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa.

Diverse dagli incarichi dirigenziali sono le posizioni organizzative non dirigenziali. Il CCNL di comparto 21 maggio 2018 ha introdotto il nuovo istituto degli incarichi funzionali, distinti tra incarico di organizzazione e incarico professionale. Tali incarichi devono comportare lo svolgimento di funzioni che prevedano la diretta assunzione di elevate responsabilità da configurarsi come aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e profilo di appartenenza. I contenuti e i requisiti dei suddetti incarichi sono differenziati in relazione ai diversi ruoli di appartenenza. La revoca degli incarichi prima della scadenza può avvenire, con atto scritto e motivato, per diversa organizzazione dell'ente derivante dalla modifica dell'atto aziendale o per valutazione negativa o anche per il venir meno dei requisiti richiesti per l'attribuzione.



Ripasso

A chi può essere attribuito un incarico di struttura semplice? Con quali modalità?

L'incarico può essere attribuito al dirigente con almeno cinque anni di anzianità che abbia riportato valutazione positiva. L'incarico è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore di struttura complessa di afferenza.

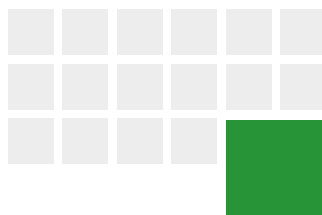
Che cosa sono gli incarichi funzionali?

Gli incarichi funzionali sono incarichi attribuibili al personale apicale non dirigenziale. Sono distinti tra incarico di organizzazione e incarico professionale. Il contratto collettivo differenzia i contenuti e requisiti dei suddetti incarichi in relazione ai diversi ruoli di appartenenza. Per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior l'incarico di organizzazione comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e socio-sanitaria. Per il medesimo personale l'incarico professionale può essere di «professionista specialista» o di «professionista esperto». Per il personale appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale l'incarico di organizzazione comporta funzioni di gestione di servizi di particolare complessità, caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale e organizzativa e che possono richiedere anche l'attività di coordinamento di altro personale. L'incarico di organizzazione è di un'unica tipologia e va graduato secondo i criteri di complessità definiti dalla regolamentazione di ogni singola azienda. Per tale personale l'incarico professionale comporta attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione correlate alla iscrizione ad albi professionali ove esistenti.

Riferimenti bibliografici

Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



4.7 Graduazione delle posizioni

Alessandro Boscati

L'organizzazione e il funzionamento delle aziende sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. Il procedimento di graduazione delle posizioni ha la finalità di assegnare ad ogni posizione dirigenziale un peso e un conseguente valore economico che ne rifletta le caratteristiche intrinseche, indipendentemente dalle caratteristiche personali, dalla prestazione e dalle capacità potenziali del soggetto che, al momento della valutazione, ricopre effettivamente la posizione. Il processo di graduazione prevede un confronto analitico e sistematico delle caratteristiche di ogni posizione rispetto a specifici fattori di valutazione e ha come risultato l'attribuzione di un punteggio finale.

La «pesatura» degli incarichi da parte dell'amministrazione costituisce un atto unilaterale di macro-organizzazione dell'ente. Tale atto non ha una natura meramente ricognitiva delle funzioni svolte dai dirigenti, ma ha una funzione costitutiva, poiché rappresenta il presupposto indefettibile per la corresponsione della retribuzione di posizione. Ne consegue che il giudice non può sostituirsi all'amministrazione nell'attività di graduazione delle funzioni dirigenziali, ma soltanto valutare l'operato dell'amministrazione secondo i criteri di ragionevolezza e correttezza.

Il legislatore prevede che in sede di contrattazione collettiva nazionale siano previsti, in conformità ai principi e alle disposizioni del D.lgs. n. 502/1992, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità del risultato.

La contrattazione collettiva, in attuazione di quanto previsto dalla legge, prevede che le aziende, in relazione alle articolazioni aziendali individuate dal D.lgs. n. 502/1992, dalle leg-

gi regionali di organizzazione e dagli eventuali atti di indirizzo e coordinamento del Ministero della Sanità, determinano la graduazione delle funzioni dirigenziali cui è correlato il trattamento economico di posizione.

L'individuazione viene effettuata, anche ai fini della successiva attribuzione degli incarichi, sulla base dei seguenti criteri e parametri di massima che le aziende possono integrare con riferimento alla loro specifica situazione organizzativa e nel rispetto delle leggi regionali: tipologia di incarico da conferire; complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna, con particolare riguardo ai dipartimenti; grado di autonomia in relazione anche a eventuale struttura sovraordinata; affidamento e gestione di budget; consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali ricomprese nel budget affidato; importanza e delicatezza della funzione esplicitata da espresse e 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 significativamente innovative e con valenza strategica per l'azienda od ente; affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'azienda o ente; produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda od ente; rilevanza degli incarichi di direzione di struttura complessa interna all'unità operativa ovvero 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.

Il valore economico attribuito dalle aziende ad ogni posizione all'esito delle risultanze della graduazione è determinato secondo i parametri di riferimento dettati dalla contrattazione collettiva per la determinazione e attribuzione della retribuzione di posizione dei dirigenti, previa informazione alle rappresentanze sindacali, seguita, su richiesta, da un incontro. La graduazione consente di collocare ciascun incarico nelle fasce previste dalla contrattazione collettiva. A parità di struttura organizzativa e corrispondenza delle funzioni, alle posizioni è attribuita la stessa valenza economica. La graduazione delle funzioni è sottoposta a revisione periodica.

La retribuzione di posizione correlata alla pesatura assegnata alle posizioni costituisce una delle due voci del trattamento economico accessorio riconosciuto alla dirigenza. La legge impone, infatti, di articolare la retribuzione, distinguendo un trattamento fondamentale e uno accessorio e di correlare quest'ultimo alle funzioni attribuite, alle connesse responsabilità e ai risultati conseguiti. Si prevede così l'articolazione della retribuzione in due voci principali, il trattamento economico fondamentale, c.d. tabellare, e il trattamento economico accessorio, a sua volta articolato in due voci, la retribuzione di posizione (a propria volta suddivisa tra retribuzione di posizione parte fissa e parte variabile) e retribuzione di risultato.

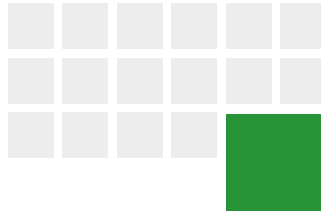
Come evidenziato, la retribuzione di posizione, segnatamente quella variabile, è legata

all'importanza dell'incarico, ovvero alla sua pesatura. La retribuzione di posizione attribuisce all'incarico un valore economico diverso secondo il peso delle funzioni e delle responsabilità che lo caratterizzano.

La retribuzione di risultato è connessa al raggiungimento degli obiettivi assegnati e ai risultati della gestione amministrativa conseguiti, da verificare tramite la procedura di valutazione. Presupposti per l'erogazione della retribuzione di risultato sono la preventiva determinazione degli obiettivi annuali e la positiva verifica e certificazione dei risultati di gestione conseguiti in coerenza con detti obiettivi, secondo le risultanze dei sistemi di valutazione.

È importante sottolineare che l'art. 24, comma 3, del D.lgs. n. 165/2001, sancisce il principio di onnicomprensività della retribuzione dirigenziale, in forza del quale il trattamento economico corrisposto al dirigente remunera tutte le funzioni e i compiti attribuiti, nonché qualsiasi incarico conferito in ragione dell'ufficio o comunque conferito dall'amministrazione di servizio o su designazione della stessa.

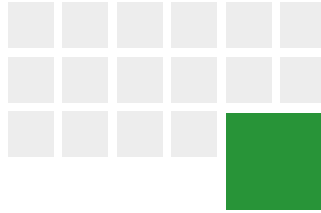
Ne consegue, come regola generale, che nel caso di attribuzione di un secondo incarico dirigenziale *ad interim* non si possa addivenire alla sommatoria delle retribuzioni di posizione riferite ai due incarichi. Lo svolgimento del secondo incarico assume rilievo ai soli fini della quantificazione della retribuzione di risultato.



Sintesi

Il procedimento di graduazione delle posizioni ha la finalità di assegnare a ogni posizione dirigenziale un peso e un conseguente valore economico che ne rifletta le caratteristiche intrinseche e avviene confrontando le caratteristiche di ogni posizione rispetto a specifici fattori di valutazione e ha come risultato l'attribuzione di un punteggio finale. La «pesatura» costituisce un atto unilaterale di macro-organizzazione dell'ente e ha una funzione costitutiva.

Il valore economico attribuito dalle aziende a ogni posizione all'esito delle risultanze della graduazione (e che costituirà la retribuzione di posizione assegnata al dirigente) è determinato secondo i parametri di riferimento dettati dalla contrattazione collettiva per la determinazione e attribuzione della retribuzione di posizione dei dirigenti, previa informazione alle rappresentanze sindacali, seguita, su richiesta, da un incontro.



Ripasso

Che cos'è l'atto aziendale?

L'atto aziendale è l'atto di diritto privato che, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali, disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle aziende individuando le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

Come avviene il processo di graduazione delle posizioni?

Il processo di graduazione prevede un confronto analitico e sistematico delle caratteristiche di ogni posizione rispetto a specifici fattori di valutazione e ha come risultato l'attribuzione di un punteggio finale.

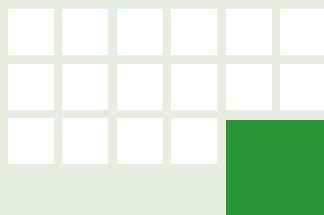
Che cos'è la retribuzione di posizione?

La retribuzione di posizione è correlata alla pesatura assegnata alle posizioni e costituisce una delle due voci del trattamento economico accessorio riconosciuto alla dirigenza.

Riferimenti bibliografici

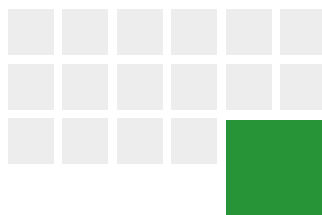
Bianco A., Boscati A., Ruffini R. (2017), *La riforma del pubblico impiego e della valutazione. Cosa cambia con i Decreti attuativi. D.lgs. 74/2017 e D.lgs. 75/2017*, Maggioli, Rimini.

Castiello C., Tenore V. (2018), *Manuale di diritto sanitario*, Giuffrè, Milano.



5

Le professioni sanitarie



5.1 Le innovazioni proposte dal Patto per la Salute

Federico Lega

Prima di affrontare in dettaglio le innovazioni in atto nel mondo delle professioni sanitarie, si ritiene utile di seguito riportare in modo integrale una nota scritta con il consenso plenario dalla conferenza delle Regioni, in quanto sintesi efficace delle aspettative che si ripongono in un nuovo eventuale Patto per la Salute. Tra queste emergono tutti i nodi critici del SSN, dal finanziamento fino alla gestione del personale. Qui viene sottolineata la centralità dello sviluppo professionale, su cui nei prossimi paragrafi concentreremo l'attenzione con specifico riferimento ai temi «caldi» nel mondo delle professioni sanitarie.

Le Regioni, alla luce del quadro costituzionale emerso dall'esito del referendum del 4 dicembre 2016, confermano la unanime e piena volontà di consolidare la leale collaborazione tra i diversi livelli istituzionali coinvolti nella governance del Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo primo e irrinunciabile di fornire ai cittadini servizi sanitari efficaci, appropriati, innovativi e qualitativamente adeguati, perseguendo la sostenibilità del sistema attraverso l'efficienza dei propri processi programmatori, organizzativi e di produzione.

Se è vero – come le Regioni ritengono – che il SSN, giunto al suo quarantesimo anno di vita, rappresenta motivo di orgoglio e patrimonio inestimabile e irrinunciabile del Paese, del suo sviluppo e della sua coesione sociale, è necessario che la Sanità sia messa al centro delle azioni e dell'agenda del Governo e che le decisioni dello Stato, a partire dal nuovo Patto per la Salute, siano coerenti con tali principi ed affermazioni già nella prima e irrinunciabile scelta che gli compete: il livello di finanziamento del SSN in misura coerente ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che si intendono garantire alla popolazione.

La Ragioneria Generale dello Stato e la Corte dei Conti certificano, nonostante la riduzione del livello di finanziamento rapportato al PIL, il sostanziale equilibrio finanziario del SSN

raggiunto nel 2017 (partendo da un disavanzo di oltre 6 miliardi di euro del 2006, pari al 6,5% del finanziamento). Dati i mutamenti demografici ed epidemiologici in corso, la stessa Corte dei Conti segnala l'insostenibilità dell'attuale situazione per affrontare lo sviluppo dei servizi, la convergenza in termini di qualità dell'assistenza tra aree territoriali e l'adeguamento di strutture e tecnologie. È il caso di ricordare che il Patto per la Salute 2014-2016 prevedeva in 115,440 miliardi di euro il livello di finanziamento per l'anno 2016 – importo ridotto dalle successive manovre di finanza pubblica a 111,000 miliardi di euro – e che per il 2019, con la recente legge di Bilancio, sono stati stanziati 114,439 miliardi di euro. Le Regioni hanno fornito, negli ultimi anni, numerose prove di collaborazione istituzionale e di efficacia ed efficienza della propria azione di governo: il contributo alle manovre di finanza pubblica per far fronte alla crisi economica, il sostanziale equilibrio economico-finanziario raggiunto e mantenuto dal SSN negli ultimi anni, il miglioramento dei livelli assistenziali certificato dalle valutazioni compiute in sede di adempimenti e Griglia LEA, l'approvazione e prime applicazioni del DPCM dei nuovi LEA, il sostegno alle nuove politiche vaccinali. La Sanità – pur con tutti i suoi spazi di miglioramento – è il comparto del settore pubblico maggiormente sottoposto a valutazioni di efficacia, efficienza ed equità, sia a livello nazionale che internazionale, e ha dato risposte più che adeguate; a fronte di ciò, ha visto costantemente scendere il suo livello di finanziamento in proporzione al PIL, scontando anche la volontà dei vari Governi di trasferire in capo alle Regioni le difficoltà di sostenere le politiche pubbliche in periodi di crisi finanziaria. Studi internazionali segnalano, al contrario, come, in fasi critiche del ciclo economico, l'investimento nel settore salute sia stato in grado di produrre effetti a breve termine e contribuire significativamente alla ripresa economica.

Le Regioni ritengono che questo trend non sia più sostenibile e ponga a rischio la sopravvivenza del SSN stesso e chiedono al Governo di modificare questo approccio, sotto il profilo sostanziale e di metodo:

- a) il SSN è sottofinanziato e richiede immediatamente, e senza alcuna condizione, un incremento significativo delle risorse a disposizione per il triennio 2019-2021, oltre a quanto già stanziato in legge di Bilancio;
- b) in un corretto ed equilibrato rapporto di collaborazione istituzionale, non si può prevedere che gli incrementi – già insufficienti – del livello di finanziamento del SSN siano accessibili alle Regioni solo a condizione di sottoscrivere il nuovo Patto. Un Patto è tale se definisce obbligazioni e diritti delle Parti in un rapporto di reciprocità e di equilibrio, nel rispetto delle prerogative e dei compiti attribuiti dalla Costituzione. Le Regioni confermano la disponibilità, la necessità – in questo frangente storico che richiede importanti innovazioni per fronteggiare l'evoluzione dei bisogni da coniugare con le grandi opportunità offerte dalle nuove tecnologie (riforma delle politiche sociali e sanitarie a favore dell'unicità della persona, sanità digitale e telemedicina, medicina personalizzata, farmaci molecolari, dispositivi innovativi...) – di scrivere insieme al Governo nazionale

un nuovo Patto per la Salute per affrontare le grandi sfide del SSN, definire gli obiettivi di salute da perseguire e le modalità attuative, con reciproci impegni e responsabilità, a partire dalle misure previste al comma 516 della legge di Bilancio 2019.

Le Regioni chiedono in via preliminare che il Governo concordi sui seguenti punti:

- il Patto deve prevedere responsabilità, impegni e modalità attuative in condizioni di reciprocità: se una delle parti richiede variazioni degli impegni su punti essenziali del Patto (vedi livello di finanziamento e livelli di servizio), accertate le motivazioni e verificate le azioni alternative, o si modificano in accordo gli effetti del Patto stesso o il Patto decade per inattuabilità;
- il Patto, nella logica di valorizzare i rispettivi ruoli e responsabilità e rispettare le autonomie regionali – le richieste di autonomia differenziata di numerose Regioni rappresentano la risposta a mancate soluzioni su tematiche di grande rilievo ed urgenza per il SSN –, deve prevedere una revisione dei meccanismi di controllo analitico dei processi e dei costi di singoli fattori produttivi e il passaggio alla individuazione di pochi, sintetici e significativi, indicatori di risultato (obiettivi di salute-LEA, equilibrio economico, tempi di pagamento...) sullo stato di salute del singolo SSR;
- il rispetto degli indicatori di risultato consente alla Regione di operare secondo le modalità programmatiche e organizzative definite a livello regionale;
- il mancato rispetto degli indicatori comporta, di contro, la piena responsabilità della Regione e dei suoi organi di governo, con vari livelli di interdizione/riduzione dell'autonomia: si ritiene che gli attuali strumenti e procedure dei piani di rientro (oggi programmi operativi) e dei commissariamenti – certamente utili in una determinata fase storica – vadano rivisti e sostituiti con logiche di affiancamento e supporto alle Regioni in difficoltà, allo scopo di migliorare il livello quali-quantitativo delle attività assistenziali e le capacità di governo delle organizzazioni regionali;
- alla luce delle soluzioni ai punti sopra riportati, il Patto deve affrontare il tema della governance del SSN, dei ruoli e dei rapporti tra gli attori istituzionali coinvolti: il Governo centrale, le Regioni, le agenzie nazionali Aifa e Agenas, l'Istituto Superiore di Sanità; l'attualizzazione delle aziende sanitarie ex D.lgs. 502/92 e la presenza di aziende intermedie tra la Regione e le Aziende Sanitarie per l'esercizio di funzioni sovra aziendali;
- sino alla definizione del nuovo Patto per la Salute, non sono modificabili gli attuali assetti istituzionali in applicazione delle nuove previsioni normative in materia di Commissariamenti ad acta delle Sanità regionali;
- il Patto deve prevedere un quadro di risorse finanziarie certe e disponibili, non modificabili unilateralmente e non condizionabili dagli andamenti finanziari complessivi, per il prossimo triennio/quinquennio: la certezza delle risorse sia in conto esercizio, da ripartire tra

- le Regioni senza alcun vincolo di destinazione, sia in conto capitale, rappresenta un elemento indispensabile per programmare correttamente gli interventi sui territori regionali;
- il Patto deve rimettere al centro dell'azione la formazione, qualificazione e valorizzazione del capitale umano prevedendo: a) metodologie di definizione dei fabbisogni organizzativi e formativi coerenti agli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale; b) la semplificazione dell'accesso dei professionisti e degli operatori alla formazione ed al SSN, per una efficace e tempestiva copertura dei fabbisogni medesimi; c) strumenti contrattuali e convenzionali coerenti alla piena responsabilità regionale in materia di programmazione ed organizzazione dei servizi;
 - è necessario definire quale debba essere il contributo e la partecipazione al SSN delle Regioni a Statuto Speciale;
 - è indispensabile la definizione – con immediata individuazione dei componenti – di un Comitato ristretto paritetico (3 rappresentanti del Governo e 3 rappresentanti delle Regioni) per verificare e monitorare l'attuazione del Patto.

Nello specifico, il punto qualificante il possibile Patto rispetto al tema delle professioni sanitarie è quello in cui si chiede di rimettere al centro dell'azione la formazione, qualificazione e valorizzazione del capitale umano prevedendo in particolare strumenti contrattuali e convenzionali coerenti alla piena responsabilità regionale in materia di programmazione e organizzazione dei servizi. Un primo passo in questa direzione è stato fatto nel nuovo contratto collettivo. E la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) sta sviluppando una sua strategia coerente. Nel prossimo paragrafo si approfondiranno questi due punti.

5.1.1 Le novità del contratto e la strategia di FNOPI

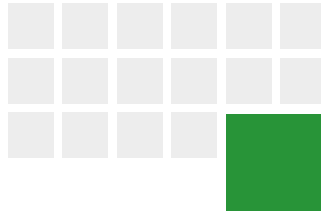
Il nuovo contratto collettivo nazionale del comparto ha introdotto una novità importante per le professioni sanitarie. Prevedendo la categoria logica dell'incarico di funzione, che può avere connotazione prevalente organizzativa o professionale, ha di fatto consolidato le basi per proseguire nel percorso di «professionalizzazione» crescente delle professioni sanitarie. Incrociando così anche la strategia più ampia di FNOPI, che prevede lo sviluppo dei professionisti sanitari lungo l'asse delle «specialismo e della expertise» da un lato, e lungo quello delle responsabilità organizzative dall'altro lato. Quindi le professioni sanitarie si candidano in modo crescente (Lega, 2018):

- a svolgere ruoli gestionali con responsabilità e a supporto dei processi organizzativi a livello centrale delle aziende sanitarie. Occupandosi di gestione operativa dei servizi sanitarie (posto letto, blocco operatorio, tecnologie ecc.), di gestione del personale, di riprogettazione di tutta la «patient experience»;

- a svolgere i ruoli di «case e disease management», di presa in carico, in particolare per le questioni di coordinamento interprofessionale e multidisciplinare necessarie alla gestione della cronicità e della non autosufficienza, ma anche con una proiezione importante sulle funzioni di «population health management», attraverso il ruolo dell'infermiere di famiglia inteso non tanto come erogatore di prestazioni, quanto come programmatore, committente ed organizzatore della rete dei servizi necessaria a gestire la salute di una popolazione;
- ad assumere direttamente la conduzione di attività cliniche, quali la gestione di percorsi di follow-up, ambulatori di base della cronicità, attività di cura diretta dei codici bianchi e verdi in pronto soccorso, e molto altro ancora. Con percorsi di sviluppo professionale che possono caratterizzarsi per un'alta specializzazione o particolare expertise, riconosciute formalmente ed incentivate attraverso un incarico di funzione a valenza professionale.

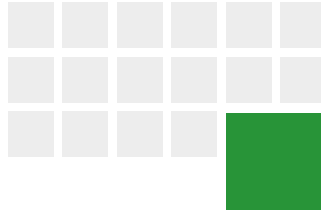
In questa prospettiva, il nuovo contratto e le strategie di FNOPI aprono le condizioni per una accelerazione nei processi di *task shifting* e *skill mix* tra le professioni. Processi che intercettano sia il bisogno di valorizzazione delle professioni, sia quello di ricerca di nuovi equilibri e sostenibilità del SSN e del settore salute nel complesso (vedi anche per la carenza in crescita di medici).

Permangono ancora una serie di vincoli operativi – basti pensare alla impossibilità a prescrivere da parte dei professionisti sanitari – e per alcuni versi il contratto poteva essere ancora più «aperto» limitando i vincoli posti dall'anzianità di servizio, ma nel complesso si può quindi affermare che si sta aprendo per le professioni sanitarie una nuova stagione, che potrebbe esitare in un ridisegno profondo dei ruoli e rapporti tra medici e altre professioni sanitarie, nonché tra personale amministrativo e ruoli gestionali «occupati» dalle professioni.



Sintesi

Il nuovo contratto collettivo nazionale del comparto ha introdotto la categoria logica dell'incarico di funzione, che può avere connotazione prevalente organizzativa o professionale. Riconoscendo così il percorso di «professionalizzazione» crescente delle professioni sanitarie, parte centrale della strategia di FNOPI. Le professioni sanitarie, nell'ambito anche delle previsioni del possibile nuovo Patto per la Salute, si candidano a svolgere ruoli gestionali, di «case e disease management», di conduzione di attività cliniche, quali la gestione di percorsi di follow-up, ambulatori di base della cronicità, attività di cura diretta dei codici bianchi e verdi in pronto soccorso e molto altro ancora. In questa prospettiva, si aprono nuovi scenari per i processi di *task shifting* e *skill mix* tra le professioni di cui potrebbe giovare molto il SSN per la sua sostenibilità e qualità futura.



Ripasso

Perché gli incarichi di funzione aprono nuovi scenari per il futuro delle professioni nel SSN?

Gli incarichi di funzione possono avere una connotazione prevalente organizzativa o professionale, di fatto superando il solo focus organizzativo delle posizioni e dei coordinamenti, e aprendo la strada alla valorizzazione delle competenze professionali oltre che di quella gestionali.

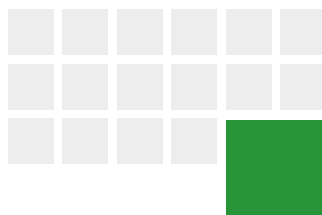
Cosa potrebbe permettere questa «discontinuità» contrattuale?

Vi è la possibilità di accelerare i processi di task shifting e skill mix che servono al SSN in relazione alla sua sostenibilità e all'evoluzione in corso della medicina moderna, dei bisogni assistenziali, e delle spinte motivazionali delle professioni sanitarie.

Riferimenti bibliografici

CCNL Comparto Sanità 2016-2018.

Lega F. (2018), *Economia e Management Sanitario*, Egea, Milano.



5.2 Professioni sanitarie: modelli integrati o binari paralleli?

Carlo De Pietro

La presenza delle professioni sanitarie costituisce il principale elemento distintivo del personale delle aziende del Servizio sanitario nazionale. Quella presenza infatti ha delle conseguenze estremamente importanti nel determinare il funzionamento e le condizioni del mercato del lavoro sanitario, nonché le dinamiche contrattuali dei dipendenti del SSN. Oltre a queste conseguenze «di sistema», la centralità delle appartenenze professionali ha un impatto decisivo nella divisione del lavoro all'interno delle aziende sanitarie – largamente basato sugli ambiti lavorativi affidati a ciascuna professione sanitaria – e dunque nel disegno della loro struttura organizzativa, che però non può basarsi su gerarchie mono-professionali.

5.2.1 La centralità delle logiche professionali accanto a quelle manageriali nell'organizzazione delle aziende sanitarie

Rispetto ad altri settori e ad altri contesti organizzativi, la presenza delle professioni costituisce l'elemento distintivo più importante della gestione del personale in sanità.

A tale proposito sono utili due chiarimenti. Il primo è che qui diamo al termine «professione» un'accezione specifica, trattata a fondo da una branca della sociologia (sociologia delle professioni). Il secondo chiarimento utile è che la logica professionale non è esclusiva del solo settore sanitario, ma nel lavoro sanitario assume una rilevanza e una articolazione che non trova paragoni in altri settori economici.

Un'utile approssimazione per cogliere tale rilevanza è fornita dalla regolamentazione italiana che riguarda ordini e collegi professionali: sono sanitarie molte delle professioni regolamentate e sono professionisti più del 50% degli attuali iscritti complessivi ad ordini e collegi in Italia.

In sanità il lavoro professionale e le professioni codificate definiscono dunque la matrice di base per la divisione del lavoro. Per dirla con uno dei maggiori studiosi di tali temi in Italia, «il funzionamento di un qualsiasi reparto ospedaliero non può essere analizzato solamente in termini di ruoli direttivi e ruoli subordinati o di contenuto delle singole mansioni, cioè come il risultato di una determinata logica organizzativa. In quel reparto [...] gli attori non sono soltanto detentori di ruoli organizzativi, ma sono membri di professioni organizzate; le logiche non sono soltanto quelle organizzative, ma sono logiche professionali» (Tousijn, 2000).

La presenza della regolamentazione professionale ha importanti conseguenze sia a livello complessivo di mercato del lavoro, sia a livello più operativo di gestione delle risorse umane all'interno delle organizzazioni (De Pietro, 2005).

Esempi dell'impatto sul mercato del lavoro sono:

- la necessità di stimare i fabbisogni assistenziali e dunque i conseguenti fabbisogni formativi. Ciò, tra le altre cose, porta alla definizione dei numeri chiusi ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione post laurea da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca;
- la possibilità che il monopolio legale attribuito alle professioni sanitarie (difeso anche dal codice penale, che prevede il reato di «abusivo esercizio di una professione») diventi la base per la nascita di sindacati mono-professionali.

Esempi dell'impatto sulla gestione del personale all'interno delle aziende sono:

- la necessità di tener conto di «gerarchie plurime», che non sono soltanto quelle basate sulle articolazioni e i livelli organizzativi, ma sono anche quelle ancorate alle appartenenze professionali (in tal senso, gli infermieri di un servizio riportano al coordinatore infermieristico che in molte aziende riporta al responsabile dipartimentale dell'assistenza che riporta al SITRA; cfr. infra 5.2.2);
- la presenza di voci retributive specifiche di professione. È il caso, tra le altre, della «indennità di specificità medica», che il medico prede in virtù della sua laurea e del suo conseguente inquadramento contrattuale, anche quando sia impiegato su una funzione di staff di programmazione e controllo insieme a colleghi laureati, per esempio, in economia o in statistica.
- i limiti alla fungibilità tra i ruoli. È il caso, per citare soltanto due tra molti possibili esempi, dei limiti alle equipollenze tra specialità medico-chirurgiche, che impediscono a un neo-specializzato in ortopedia e traumatologia di operare quale chirurgo vascolare, oppure dei profili professionali che ovviamente impediscono ai «tecnici sanitari di laboratorio biomedico» di essere facilmente riconvertiti in «tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro».

Riconoscere la forza della logica professionale nella gestione del personale in sanità è una pre-condizione per definire processi e strumenti di gestione efficaci. Una sottovalutazione di tale forza implicherebbe infatti sistemi gestionali destinati ad essere combattuti o aggirati dai professionisti. Al contrario, riconoscere la natura imprescindibile e fisiologica delle professioni in sanità – con il loro portato di livelli d'istruzione avanzati, di gruppi professionali dotati di una forte identità ecc. – permette alle aziende di meglio perseguire le proprie finalità d'istituto. A tale proposito basti pensare alla valutazione sulle competenze tecnico-professionali individuali, che difficilmente potrà prescindere da una qualche forma di *peer evaluation*, ad esempio attraverso la definizione delle *clinical competences* da parte delle società scientifiche di branca.

5.2.2 L'esperienza dei SITRA

Alcune professioni sanitarie non mediche svolgono da decenni un ruolo chiave nella gestione delle operazioni assistenziali. A conferma di ciò, si pensi ai programmi formativi post-base che hanno rafforzato le competenze di «conduzione» e manageriali di alcuni infermieri, quali la Scuola per Dirigenti di Assistenza Infermieristica fondata a Roma già nel 1965 (Saiani, 2016). Oppure si pensi al ruolo che infermieri e altre professioni non mediche giocano nella gestione delle «piattaforme assistenziali» nei Paesi sprovvisti della tradizione italiana della direzione medica di presidio ospedaliero o della medicina dei servizi territoriali (nel linguaggio gestionale corrente in molti Paesi anglosassoni, l'espressione «the hospital» addirittura non comprende il personale medico ma comprende quello infermieristico e tecnico).

Questo ruolo negli ultimi due decenni si è ulteriormente evoluto, anche a seguito delle modifiche che la professione infermieristica ha vissuto nei percorsi formativi (definitivamente integrati nel sistema universitario ed estesi in durata, con la laurea e poi eventualmente con la laurea magistrale, i master universitari, il dottorato di ricerca ecc.) e delle modifiche normative che hanno proceduto in parallelo.

Momenti particolarmente importanti di questa evoluzione sono state la legge 42/1999 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie» e la legge 251/2000 «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica». Si tratta di due leggi che riguardano ventidue professioni raggruppate in cinque aree e quattro classi di laurea¹. Rimandando gli approfondimenti alla letteratura specifica, qui ci limitiamo a ricordare che le due leggi hanno sancito un'autonomia professionale specifica per le ventidue professioni sanitarie e hanno introdotto, tra le altre cose, la possibilità di accedere a posizioni dirigenziali nel SSN.

¹ Le cinque aree sono le seguenti: 1. l'area delle professioni sanitarie infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica con: (i) infermieri, (ii) ostetriche, (iii) infermieri pediatrici; 2. l'area delle professioni sanitarie riabilitative: (iv) podologi, (v) fisioterapisti, (vi) logopedisti, (vii) ortottisti – assistenti di oftalmologia, (viii) terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, (ix) tecnici di riabilitazione psichiatrica, (x) terapisti occupazionale, (xi) educatori professionali; 3. l'area tecnico-diagnostica delle professioni tecnico sanitarie: (xii) tecnici audiometristi; (xiii) tecnici sanitari di laboratorio biomedico; (xiv) tecnici sanitari di radiologia medica; (xv) tecnici di neurofisiopatologia; 4. l'area tecnico-assistenziale delle professioni tecnico sanitarie: (xvi) tecnici ortopedici, (xvii) tecnici audioprotesisti, (xviii) tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, (xix) igienisti dentali, (xx) dietisti; 5. l'area delle professioni tecniche della prevenzione: (xxi) tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, (xxii) assistenti sanitari (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=91&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto [Data di accesso: 15 luglio 2019]).

Quella stagione si è accompagnata a numerose innovazioni organizzative, che in Regione Lombardia tra le altre cose hanno dato luogo alla definizione dei SITRA (Servizi Infermieristici Tecnici Riabilitativi Aziendali).

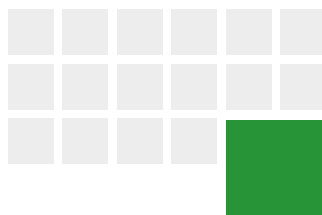
Come giudicare, a distanza di venti anni circa, i risultati di tali importanti evoluzioni nella formazione, nella regolamentazione professionale, nell'inquadramento contrattuale, nelle soluzioni organizzative all'interno delle aziende? Chiaramente il panorama del SSN, anche all'interno della sola Regione Lombardia, è assai variegato e non mancano le zone d'ombra. In complesso però i venti anni che ci separano dalla legge del 1999 rappresentano una stagione di forte legittimazione e rafforzamento di quelle ventidue professioni sanitarie.

Tra i risultati raggiunti appare chiaro il rafforzamento delle competenze gestionali. Se tali professioni – e specie quella infermieristica – avevano già in passato sviluppato forti competenze di conduzione di équipes, negli ultimi vent'anni esse sono state infatti chiamate a organizzare e gestire processi trasversali rispetto all'azienda e a volte anche in collaborazione con attori esterni all'azienda. Le competenze di gestione del team sono state dunque integrate da una coscienza organizzativa e da responsabilità che non riguardavano più la singola unità operativa ma i dipartimenti, l'azienda, la rete locale dei servizi socio-sanitari. Quest'ottica aziendale e l'istituzione dei SITRA hanno facilitato inoltre la gestione della mobilità del personale, la progettazione di percorsi di carriera più articolati, la messa in comune di conoscenze ed esperienze professionali.

Nonostante questi risultati, alcuni punti rimangono in molte aziende aperti, sia sul piano dei principi di organizzazione attorno a cui sono stati strutturati tali servizi, sia sul piano di alcune importanti potenzialità ancora inesprese.

Un esempio relativo all'organizzazione riguarda la ricerca di un equilibrio funzionale tra appartenenze professionali e i principi di gerarchia organizzativa. Per capire il punto, è necessario tornare alla stagione di forte sviluppo delle professioni regolate dalla legge 42/1999. Quella stagione ha portato comprensibilmente quelle stesse professioni a richiedere «visibilità» e ruolo negli organigrammi aziendali nonché, per molte di loro, una maggiore autonomia dal tradizionale potere – e dalla sovra-ordinazione gerarchica – dei medici. D'altro canto, nelle aziende sanitarie operano decine di professioni, sanitarie e no. Di più, esse spesso svolgono attività che necessitano del contributo di più professioni: si pensi al lavoro delle Unità di valutazione multiprofessionali (UVM) o a un intervento chirurgico complesso. Per questi motivi, è impossibile basare l'organizzazione del lavoro lungo linee gerarchiche mono-professionali. In tal senso il SITRA può rappresentare una soluzione di equilibrio, nonostante spesso sia vissuto come troppo dominato dalla sola componente infermieristica.

Infine, un ambito di potenzialità inesprese in molte aziende sanitarie è quello della *health service research* (o *health practice research*) e cioè della ricerca che sperimenta e valuta soluzioni organizzative e assistenziali innovative. La potenzialità di tale ricerca è chiara quando si comparino le sue attività, assai limitate nel SSN, con quelle ben più strutturate e cospicue della ricerca clinica (in particolare con gli studi di fase 3 e 4 che coinvolgono molti centri di sperimentazione).



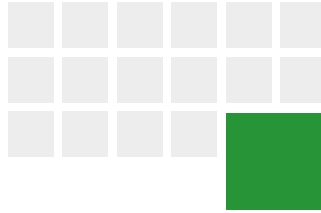
Sintesi

La presenza delle professioni costituisce l'elemento distintivo più importante della gestione del personale in sanità.

Le professioni codificate definiscono la matrice di base per la divisione del lavoro. La loro regolamentazione ha importanti conseguenze sia a livello complessivo di mercato del lavoro e di definizione dei contratti collettivi, sia a livello più operativo di gestione delle risorse umane nelle aziende. Riconoscere la forza della logica professionale nella gestione del personale in sanità è una pre-condizione per definire processi e strumenti di gestione efficaci. Non solo tale riconoscimento fa sì che i sistemi di gestione siano ben accettati dai professionisti: la gestione delle risorse umane può anzi «utilizzare» l'appartenenza e la regolamentazione professionali, ad esempio promuovendo il controllo e la valutazione tra pari per meglio orientare i comportamenti professionali o valutare le competenze tecniche individuali.

Gli ultimi due decenni sono stati caratterizzati da una importante evoluzione di molte professioni sanitarie, regolamentate da varie norme tra le quali, in particolare, la legge 42/1999 e la legge 251/2000. Tale evoluzione ha riguardato ventidue professioni sanitarie tra le quali, ordinate per numero di appartenenti, troviamo gli infermieri, i fisioterapisti, i tecnici sanitari di laboratorio biomedico, i tecnici sanitari di radiologia medica, le ostetriche, i logopedisti ecc.

L'elemento chiave di tale evoluzione è stato quello di dare una più definita autonomia professionale, promossa sia nell'ambito dell'università, sia nell'organizzazione del lavoro all'interno delle aziende [ad esempio con l'istituzione dei SITRA nelle aziende pubbliche del Servizio sanitario regionale lombardo, a cui sono stati affidati importanti processi a valenza aziendale].



Ripasso

Nelle aziende sanitarie quale è la base su cui si fonda la divisione del lavoro?

La base per la divisione del lavoro in sanità è rappresentata dalle professioni sanitarie, a cui le norme attribuiscono – in maniera diretta oppure indiretta – degli ambiti di attività «esclusivi».

È possibile basare la struttura organizzativa delle aziende sanitarie sulle professioni che vi lavorano?

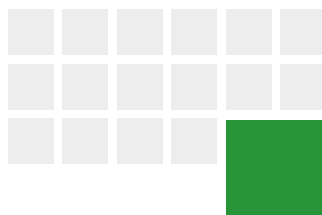
Nonostante la forza e l'importanza delle professioni sanitarie, la struttura organizzativa e – a maggior ragione – le linee gerarchiche interne alle aziende sanitarie non possono basarsi in modo radicale sulle professioni che vi lavorano, a causa della loro numerosità e dell'alta integrazione multiprofessionale di molte attività svolte al loro interno.

Riferimenti bibliografici

De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.

Saiani L. (2016), «La storia italiana della formazione infermieristica: la 'lunga marcia' dalle scuole regionali ai corsi di laurea magistrale», *Tutor*, 16(1), pp. 32-39 [DOI: 10.14601/Tutor-18186].

Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.



5.3 Ruolo dei professionisti dei ruoli medico e sanitario nelle aziende e agenzie

Carlo De Pietro

Obiettivo primo del professionista sanitario è l'efficacia delle prestazioni e la sicurezza del paziente. Esso deve però trovare un equilibrio con gli altri obiettivi del sistema sanitario pubblico, e cioè quelli dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili e quello dell'equità della propria azione. Il tutto mantenendo un adeguato livello di consenso pubblico a difesa del sistema. Le tensioni tra questi diversi obiettivi possono risultare di difficile gestione da parte dei professionisti sanitari.

Una seconda possibile fonte di difficoltà e frustrazione è la riduzione degli spazi di autonomia lasciati al professionista da un insieme di regole di origine professionale, aziendale e legale.

A indicare una via per ricomporre tali tensioni, è la proposta del governo clinico che, partendo dagli obiettivi di efficacia e di qualità delle prestazioni, li ricolloca nell'ambito di un sistema organizzativo e identifica alcuni ambiti su cui l'azione aziendale e la gestione del personale sono particolarmente importanti. Tra questi ultimi la formazione e la valutazione del personale, la leadership e il lavoro di gruppo multiprofessionale.

5.3.1 Le mission delle aziende e delle agenzie

La missione istituzionale delle aziende pubbliche del Servizio sanitario nazionale (SSN) è quella di tutelare la salute della popolazione residente (nel caso delle agenzie e delle aziende sanitarie territoriali) e quella di erogare servizi di qualità al servizio del Servizio sanitario regionale (SSR) e in condizioni di sicurezza (nel caso delle aziende ospedaliere). In quanto aziende pubbliche, esse devono perseguire condizioni di equilibrio tra diversi sistemi che si devono tenere necessariamente insieme:

- il sistema istituzionale che definisce le ragioni dell'esistenza stessa delle aziende e dunque i loro obiettivi istituzionali;
- il sistema politico, che si preoccupa di ascoltare le esigenze di tutti gli attori in gioco, di cercare la sintesi tra queste diverse esigenze e di garantire un adeguato livello di consenso pubblico a supporto dell'azione aziendale;
- il sistema propriamente aziendale-gestionale, attento a migliorare l'efficienza tecnica-operativa, mantenendo condizioni di economicità e cioè mantenendo in equilibrio il rapporto tra valore riconosciuto alle attività prestate e costi assorbiti dallo svolgimento di quelle stesse attività.

È chiaro che mantenere condizioni di equilibrio tra i tre sistemi citati non è semplice. Per portare solo un esempio delle tensioni che possono crearsi tra di essi, si pensi alla chiusura di un punto nascita per insufficiente casistica: una tale decisione, basata su ragioni di efficacia assistenziale e di sicurezza per il paziente, che potrebbe portare peraltro a un utilizzo più efficiente delle risorse, spesso si scontra con una forte opposizione dell'opinione pubblica e dunque della politica locale (oltre che, spesso, di molti operatori dell'azienda sanitaria che dovrebbe dismettere il servizio).

Ora, quali sono le responsabilità dei professionisti sanitari rispetto alle diverse dimensioni della missione istituzionale di aziende e agenzie del SSR?

Per dare una risposta, è bene tornare alla logica professionale descritta nelle pagine precedenti. In essa, l'obiettivo dell'agire professionale è essenzialmente di efficacia. L'istruzione e la deontologia del professionista sanitario orientano i suoi comportamenti a dare cure di buona qualità, riconoscendo al professionista una larga autonomia professionale, utile a definire cosa e come erogare al singolo paziente. È chiaro che tale quadro lascia fuori la responsabilità di reperire risorse sufficienti (finanziarie, strumentali, logistiche ecc.) e quella di un loro utilizzo efficiente: la responsabilità di mettere a disposizione del professionista risorse sufficienti resta in carico a manager (a livello di azienda) e politici (a livello di sistema). Allo stesso modo, da tale quadro restano fuori anche le preoccupazioni circa l'equità del lavoro svolto: anche queste demandate alla politica e dunque alle norme che definiscono il funzionamento del sistema.

Quando però tale quadro tradizionale è confrontato con le condizioni attuali del sistema sanitario, esso non appare più adatto a dare risposte in linea con le attese sociali e con la tecnologia oggi disponibile. Due in particolare sembrano gli elementi di novità:

- l'attenzione all'efficienza ha acquistato molta più forza, specie a seguito del cosiddetto processo di aziendalizzazione avviato a inizio anni Novanta. I fattori che hanno spinto tale evoluzione sono di diversa natura: la crescita della spesa sanitaria e i tentativi di contenerla, la tecnologia che ha reso disponibili nuove e più diffuse forme di analisi e controllo (si pensi ai confronti tra le degenze medie ospedaliere, resi possibili dall'ado-

zione del sistema dei diagnosis-related group – i DRG – e dalla diffusione dell'informatica), nuove attese sociali ecc. Ciò ha portato le aziende a introdurre nei sistemi di gestione del personale nuovi processi e strumenti atti a controllare e incentivare l'efficienza;

- l'autonomia professionale ha visto ridursi i propri spazi di azione ed è stata ricondotta – almeno nelle intenzioni – alla sola autonomia che è funzionale a tener conto del contesto operativo specifico nonché delle preferenze e dei bisogni specifici dei pazienti. Questa riduzione dell'autonomia del professionista a sua volta ha proceduto lungo numerose direttrici: quella interna alla stessa auto-regolamentazione professionale, attraverso la diffusione delle linee guida professionali (e una maggiore possibilità tecnica di verificarne la reale adozione); quella dei sistemi di management (sistemi di gestione della qualità, contabilità analitica, ecc.); quella delle richieste dei pazienti divenuti più informati e più esigenti; quella del quadro epidemiologico, che con l'avanzare delle malattie croniche non richiede più risposte veloci ma dà il tempo e la possibilità di definire con meno ambiguità i percorsi di cura. Un'ultima notazione rispetto a questo restringimento degli spazi di autonomia riguarda la crescente specializzazione dei singoli operatori, chiamati a intervenire soltanto su segmenti parziali dei percorsi di cura e obbligati a collaborare con altre professioni all'interno di contesti organizzativi complessi. Chiaramente il professionista in tali condizioni è obbligato ad accettare un insieme di regole aziendali e sovra-aziendali, interdisciplinari e interprofessionali che inevitabilmente condizionano la sua autonomia.

Una sintesi efficace delle nuove responsabilità dei professionisti sanitari nei sistemi avanzati di assistenza sanitaria è offerta da uno «statuto del lavoro medico» pubblicato simultaneamente su *Annals of Internal Medicine* e su *Lancet* nel 2002 (ABIM Foundation et al., 2002). Lo statuto propone tre «principi fondamentali» e dieci «responsabilità professionali» che integrano la tradizionale dimensione dell'efficacia delle cure e della sicurezza del paziente con nuove responsabilità legate all'utilizzo efficiente delle risorse, al rispetto delle preferenze del paziente e alla necessità del consenso informato, alla promozione di un accesso ai servizi facile ed equo ecc. Si tratta di principi e responsabilità che in larga misura valgono non solo per i medici ma per tutti i professionisti sanitari.

Per restare alla professione medica, la lettura dello statuto pubblicato nel 2002 rende chiara la distanza che lo separa dalla tradizionale formula del giuramento ippocratico, dove l'impegno che il medico prendeva era soprattutto con se stesso (la propria coscienza) ed eventualmente con la propria comunità professionale di riferimento (la scienza). In questo quadro, regolato dunque soprattutto dalla deontologia professionale (conoscenza aggiornata e comportamenti adeguati), l'impegno del professionista era centrato sull'efficacia, senza accenni espliciti alle dimensioni dell'efficienza e dell'equità né ad alcuna appartenenza organizzativa. Anzi in questo quadro ippocratico tradizionale l'appartenenza organizzativa del professionista appare subito come innaturale, dal momento che qualunque regola o ge-

rarchia aziendale che non sia percepita come coerente con l'impegno ippocratico («giuro di agire secondo scienza e coscienza») sarebbe inevitabilmente destinata a non essere ascoltata o rispettata.

5.3.2 Ruolo dei dirigenti medici e sanitari nel governo clinico

I paragrafi precedenti hanno posto l'accento sulle logiche professionali che forniscono la base all'organizzazione del lavoro nelle aziende sanitarie. Nello stesso tempo hanno sottolineato soprattutto le origini e il nucleo fondativo di quelle logiche, mettendo in luce l'importanza dell'autonomia professionale (sul piano dell'azione individuale) e della presenza delle professioni codificate (sul piano dell'azione collettiva).

Entrambi questi due elementi – autonomia professionale e professioni codificate – influenzano fortemente la gestione delle risorse umane nelle aziende sanitarie e, quando non governate, possono avere impatti problematici sulla qualità dei servizi resi ai pazienti, sul clima organizzativo interno, sulle condizioni di efficienza ed economicità aziendale ecc.

In tal senso, il concetto di «governo clinico» rappresenta un ottimo riferimento proprio per governare l'autonomia dei singoli professionisti e l'azione collettiva delle professioni codificate. Di più, le dimensioni nelle quali è possibile articolare il concetto di governo clinico rappresentano piste utili per «mettere a valore» gli elementi di forza del professionalismo, così presente in sanità.

Nel proporre il concetto di governo clinico (da non intendere riferito alla sola azione dei medici ma di tutti i professionisti sanitari) per come promosso nel Servizio sanitario nazionale inglese a fine anni Novanta, Scally e Donaldson (1998) partivano da una definizione di qualità fornita dall'Organizzazione mondiale per la sanità (OMS) e che comprendeva quattro aspetti: la performance professionale (qualità tecnica), l'utilizzo delle risorse (efficienza), la gestione del rischio per i pazienti, la soddisfazione dei pazienti per il servizio ottenuto. Si tratta chiaramente di un'accezione aggiornata di qualità dei servizi sanitari, che integra gli aspetti dell'efficienza e dell'ascolto – e del rispetto – delle preferenze dei pazienti a quelli più tradizionali della qualità tecnica e della sicurezza del paziente.

Nella proposta di Scally e Donaldson, il governo clinico necessita di un'azione su numerose dimensioni. Qui noi ci soffermeremo brevemente su quelle più direttamente legate alla gestione del personale, per commentare stato dell'arte e prospettive nell'esperienza del SSN italiano.

La prima dimensione considerata è quella della formazione continua (gli elementi citati sono le «strategie di formazione e sviluppo» e un «personale ben formato»). In aziende complesse e multispecialistiche come quelle sanitarie, il punto centrale riguarda lo sviluppo di una «intelligenza organizzativa» capace di orientare la formazione ed evitando che essa sia soltanto responsabilità dei singoli professionisti. È chiaro infatti che su alcuni temi e alcune competenze le scelte formative – chi, come, su cosa e quanto formare – possono essere prese dall'azienda, ma su altre certamente no. In tal senso, le migliori esperienze sono quelle

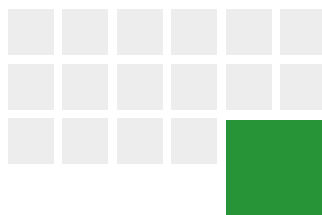
che riescono ad «articolare» in modo efficace tali scelte sui diversi livelli decisionali, a seconda delle competenze in gioco: il livello aziendale, quello individuale ma anche – e forse soprattutto – livelli intermedi quali i dipartimenti gestionali (che possono definire piani di formazione per l'insieme dei professionisti afferenti al dipartimento).

La seconda dimensione, direttamente collegata alla prima, è quella della valutazione individuale. Qui un primo elemento citato da Scally e Donaldson è l'«allineamento degli obiettivi individuali, di team, e aziendali», che lega dunque i sistemi di programmazione e controllo a quelli di gestione del personale. Un secondo gruppo di elementi citati riguarda la gestione delle performance mediocri, da affrontare con un «riconoscimento tempestivo», «feedback sulla performance» adeguati e un «intervento risoluto». Su tali aspetti l'esperienza complessiva maturata nelle aziende del SSN italiano resta insoddisfacente, nonostante i molti sforzi profusi. In parte tali scarsi risultati sono legati a un approccio prevalentemente burocratico alla valutazione, in cui la valutazione è sostanzialmente volta a verificare la conformità rispetto a norme e procedure. Una seconda causa delle difficoltà risiede nel fatto che la valutazione individuale nel SSN è stata da subito accompagnata a risorse finanziarie che dovevano essere distribuite ai professionisti in base ai loro risultati: chiaramente il peso della leva economica, poggiata su un processo sensibile e ancora incerto quale era la valutazione individuale nel pubblico impiego italiano, ha contribuito a bloccare o distorcere sul nascere quel processo. Sebbene le esperienze interessanti non manchino (per i medici cfr. ad esempio De Pietro et al., 2010), l'obiettivo di una valutazione individuale che risponda innanzitutto all'interesse del professionista di sapere di più del suo lavoro, resta ancora largamente irrealizzato nel SSN. Una pista promettente resta quella della valutazione a 360 gradi, in cui l'azienda riesca a fornire al professionista diversi feedback sul suo lavoro, basandosi su più fonti informative e più attori (valutazione da parte del responsabile gerarchico e da parte dei pari; dati di qualità tecnica e qualità percepita ecc.).

La terza dimensione della proposta di Scally e Donaldson che interpella la gestione del personale è quella di una «buona leadership». Con riferimento all'esperienza del SSN italiano, ne possiamo considerare due piani distinti: quello della conduzione delle équipe e quelle della direzione aziendale. Entrambi i piani hanno visto importanti investimenti negli ultimi venticinque anni. A inizio degli anni Novanta, infatti, le competenze di conduzione erano sviluppate quasi soltanto tra gli infermieri capi-reparto o dirigenti, mentre il general management era affidato a una struttura amministrativa con competenze prevalentemente giuridiche e a una struttura sanitaria retta da medici specializzati per lo più in igiene e medicina preventiva (o discipline simili). Oggi la situazione è molto cambiata, con competenze di conduzione di équipe diffuse tra i professionisti che hanno responsabilità gestionali e competenze di general management più forti e supportate da funzioni specialistiche di staff.

L'ultimo elemento presente nella proposta di Scally e Donaldson è l'«ethos del lavoro di gruppo». L'aspetto centrale qui è il lavoro multi-professionale. La presenza delle professioni codificate infatti, pur preziosa per la divisione e l'organizzazione del lavoro sanitario, rende necessario investire per ricomporre costantemente il mosaico delle diverse professioni,

pena l'aver attività inefficaci e inefficienti. Tra gli ambiti che possono favorire tale integrazione ci sono quelli formativi (ad esempio con programmi di studio che già nella formazione di base prevedano moduli aperti a più professioni sanitarie), la partecipazione a progetti aziendali comuni ecc. Anche su tale punto l'esperienza italiana resta piuttosto limitata.



Sintesi

Le aziende pubbliche del SSR devono mantenere in equilibrio i sistemi istituzionale (che definisce gli obiettivi fondativi dell'azienda), politico (che si preoccupa di mantenere un sufficiente consenso attorno all'azione dell'aziendale) e aziendale (che persegue condizioni di efficacia, efficienza ed economicità). In questo difficile equilibrio, la prima e originaria preoccupazione dei professionisti sanitari è quella di dare servizi efficaci ai pazienti, mentre la responsabilità di reperire le risorse necessarie per far ciò è dei politici e dei manager.

Tale quadro risulta però insufficiente e non adatto rispetto al contesto attuale, nel quale i professionisti sanitari sono chiamati a una maggiore responsabilizzazione rispetto al tema dell'efficienza. Anche per questo motivo, il lavoro dei professionisti ha visto ridursi molto gli spazi di autonomia, vincolati in misura crescente da procedure e sistemi di controllo richiesti sia dal mondo professionale (linee-guida ecc.), sia dal management aziendale o da norme di legge.

Il vecchio impegno ippocratico di agire secondo scienza e coscienza rimane insomma un riferimento per il lavoro del professionista, ma deve fare i conti e trovare un contemperamento con altre responsabilità e appartenenze – prima tra tutte quella all'azienda e alle sue regole.

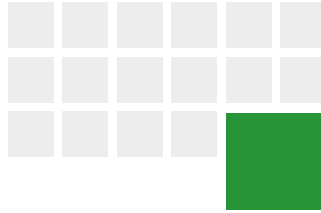
I paragrafi precedenti hanno posto l'accento sulle logiche professionali che forniscono la base per l'organizzazione del lavoro nelle aziende sanitarie. Nello stesso tempo essi hanno sottolineato soprattutto le origini e il nucleo fondativo di quelle logiche, mettendo in luce l'importanza dell'autonomia professionale (sul piano dell'azione individuale) e della presenza delle professioni codificate (sul piano dell'azione collettiva). Entrambi questi due elementi – autonomia professionale e professioni codificate – influenzano fortemente la gestione

delle risorse umane nelle aziende sanitarie e, se non governate, possono dar luogo a problemi sulla qualità dei servizi resi ai pazienti, sul clima organizzativo interno, sulle condizioni di efficienza ed economicità aziendale ecc.

In tal senso, il concetto di «governo clinico» rappresenta una proposta volta a governare l'autonomia dei singoli professionisti e l'azione collettiva delle professioni codificate. Di più, le dimensioni nelle quali è possibile articolare il concetto di governo clinico rappresentano piste utili per «mettere a valore» gli elementi di forza del professionalismo, così presente in sanità.

La necessità di trovare un equilibrio tra gli obiettivi di efficacia tipici del lavoro professionale in sanità da una parte e le condizioni di efficienza ed economicità poste alle aziende sanitarie e al SSR dall'altra parte, è forse il principale fine del cosiddetto governo clinico. Se ci riferiamo alla definizione che ne fu data a fine anni Novanta nel Regno Unito e poi largamente adottata anche nel SSN italiano, possiamo identificare alcuni elementi centrali per la promozione del governo clinico che riguardano la gestione del personale.

Il primo ambito è quello della formazione continua, che deve essere una responsabilità articolata tra l'azienda, il professionista stesso e i livelli organizzativi intermedi (ad esempio il dipartimento gestionale). Il secondo ambito di azione è quello della valutazione individuale, che deve correttamente essere allineata rispetto ai sistemi di programmazione e controllo aziendali ma che per il lavoro professionale deve anche guardare direttamente a competenze tecnico-specialistiche e comportamenti professionali, anche grazie a sistemi di valutazione «a 360 gradi». Il terzo ambito di gestione del personale centrale per il governo clinico riguarda la capacità di leadership, sia a livello di conduzione di équipe, sia a livello di gestione aziendale. Il quarto e ultimo ambito presente nella proposta di governo clinico inglese riguarda l'ethos del lavoro di gruppo, che rappresenta una sfida centrale soprattutto in termini di promozione del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale.



Ripasso

Quali sono i principali motivi di tensione tra gli obiettivi e l'ethos del lavoro professionale, da una parte, e quelli delle aziende sanitarie pubbliche e del SSR?

Il lavoro professionale è orientato all'efficacia. Aziende e SSR integrano la dimensione dell'efficacia con quelle dell'equità e dell'efficienza. Nel contesto dei sistemi sanitari contemporanei è bene che tali due ulteriori elementi integrino valori e responsabilità dell'agire dei professionisti sanitari.

Quali sono gli ambiti sui quali la gestione del personale può aiutare un governo clinico efficace nelle aziende del Ssn?

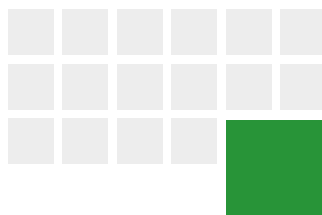
I principali ambiti riguardano la formazione del personale, i processi di valutazione individuale, lo sviluppo e la diffusione di buone competenze di leadership, la promozione del lavoro multiprofessionale.

Riferimenti bibliografici

ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of internal medicine; European Federation of Internal Medicine [2002], «Medical professionalism in the new millennium: a physician charter», *Annals of Internal Medicine*, 136(3):243–246 [DOI: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012].

De Pietro C., Francesconi A., Lega F., Sartirana M. (2010), «La valutazione dei medici nel SSN: proposte in campo e pratiche aziendali», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano, pp. 489-518.

Scally G., Donaldson L.J. [1998], «Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England», *British Medical Journal*, 317, pp. 61-65.



Autori

Mara Bergamaschi è professore ordinario di Economia e gestione delle imprese presso il Dipartimento di Scienze Aziendali dell'Università degli Studi di Bergamo. È inoltre responsabile dell'Osservatorio sulle Professioni dello stesso Dipartimento. Già prorettore con delega al Bilancio e al Fundraising dell'Università degli Studi di Bergamo, vicedirettore del CeRGAS - Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria dell'Università Bocconi di Milano con delega sull'Area Manager & Professional e vicedirettore Area Pubblica Amministrazione, Sanità e Non Profit della SDA Bocconi. I suoi interessi di ricerca includono gli aspetti comportamentali, gestionali e strategici nelle aziende di servizi professionali e nelle aziende familiari, nonché le tematiche del marketing e del branding nei mercati industriali e di consumo. I suoi lavori di ricerca sono stati pubblicati in diversi *journal*, tra cui *Journal of Business Research*, *Journal of Service Theory and Practice*, *International Journal of Business and Management*, *Industrial Marketing Management*, *Journal of Business Ethics*, *Journal of Management and Governance*.

Elio Borgonovi è professore ordinario di Economia e management delle amministrazioni pubbliche all'Università Bocconi di Milano. Ha fondato il CeRGAS – Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale e dal 2002 ne è il presidente. Dal 1992 è membro del Consiglio Direttivo ASFOR (Associazione per la Formazione alla Direzione Aziendale) ed è membro di diversi board per lo sviluppo del management. Tra le sue numerose pubblicazioni si ricordano *L'economia aziendale negli istituti pubblici territoriali* (1975), *L'impresa pubblica* (1979), *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie* (1990), *L'ospedale: un approccio economico-aziendale* (1988), *L'organizzazione dell'ospedale* (1988) e, di recente, *Guardare oltre. Dialoghi per i giovani medici* (2021).

Alessandro Boscati. Nato a Bologna nel 1969, laureato con lode in giurisprudenza presso l'Università degli Studi di Bologna dove ha conseguito anche il dottorato di ricerca in Diritto del Lavoro e Relazioni

industriali, ha svolto l'intero percorso accademico presso l'Università degli Studi di Milano dove è incaricato quale professore ordinario di Diritto del Lavoro presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche Cesare Beccaria. Presso la medesima Università è coordinatore scientifico del Corso di Perfezionamento in Salute e sicurezza del lavoro: organizzazione, gestione e responsabilità e componente del Comitato di indirizzo del Centro di Ricerca e Alta Formazione in Health Administration (HEAD) e ha ricoperto nel precedente mandato rettorale la carica di prorettore al personale e alle politiche per il lavoro. È docente temporaneo della Scuola Nazionale dell'Amministrazione per l'insegnamento della materia Lavoro pubblico e Relazioni sindacali e vanta una pluriennale esperienza nella formazione manageriale per Direttori di Azienda Sanitaria. È autore di oltre cento pubblicazioni, tra le quali due monografie, una sul «Dirigente dello Stato. Contratto di lavoro ed organizzazione» e l'altra sul «Patto di non concorrenza». I numerosi articoli pubblicati su riviste a diffusione nazionale e internazionale e i saggi inseriti in opere collettanee riguardano tutte le più importanti tematiche del diritto del lavoro privato e pubblico. È condirettore della rivista *Argomenti di Diritto del Lavoro*, vicedirettore della rivista *Il lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni*, membro del comitato di direzione della rivista *Variazioni su Temi di Diritto del Lavoro* e del comitato scientifico delle riviste *Diritto delle Relazioni Industriali*, *Il diritto del mercato del lavoro* e *Risorse Umane nella Pubblica Amministrazione*. Vanta una pluriennale esperienza di insegnamento in master universitari e presso strutture di formazione pubblica e privata. È avvocato, iscritto nell'Albo speciale dei professori e ricercatori universitari dell'Ordine degli Avvocati del Foro di Bologna.

Alessandro Colombo è direttore dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario di PoliS-Lombardia. Laureato in Filosofia all'Università Cattolica del Sacro Cuore, ha ottenuto un PhD in Storia economica a Verona, un MPhil in European studies a Cambridge UK, un MSc in Policy research a Bristol e un certificato di Formazione manageriale in sanità alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, dedicandosi nel corso della sua esperienza formativa e professionale alla ricerca e al servizio alle istituzioni pubbliche. Insegna politiche pubbliche all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano; è stato direttore scientifico di Éupolis Lombardia, visiting scholar al Sydney Sussex College, University of Cambridge UK, reviewer di riviste internazionali, membro dell'Editorial Board del Journal of Comparative Policy Analysis e dell'esecutivo dell'Associazione mondiale di politiche pubbliche, componente dei nuclei di valutazione di alcuni ospedali lombardi.

Monica Cremonesi, nata a Milano nel 1967. Laurea in giurisprudenza, giornalista e comunicatore. Digital e Corporate Communication manager in sanità da oltre vent'anni. LinkedIn: <https://www.linkedin.com/in/monica-cremonesi-382468116/>

Carlo De Pietro. Laureato in Economia politica, ha poi conseguito il dottorato di ricerca in Economia delle amministrazioni pubbliche. Dopo aver lavorato a lungo in Italia, è attualmente professore di gestione dei servizi sanitari presso la SUPSI – Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana. I suoi temi d'interesse includono le risorse umane in sanità (gestione del personale, regolamentazione professionale, mercato del lavoro), la progettazione e lo sviluppo organizzativo delle aziende sanitarie, la politica sanitaria e la sua valutazione, l'analisi comparata dei sistemi sanitari, l'assicurazione sanitaria privata. Gli ultimi progetti di ricerca sui quali ha lavorato e le sue pubblicazioni sono disponibili su: <https://ch.linkedin.com/in/carlo-de-pietro-bb6608b>.

Federico Lega, Ph.D, è professore ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario presso l'Università degli Studi di Milano, dove coordina il Centro di Ricerca ed Alta Formazione in Health Administration (HEAD). È adjunct professor della SDA Bocconi School of Management, dove ha diretto l'International Master in Healthcare Management and Policy (MIHMEP), ha contribuito a fondare e ha diretto per nove anni il Master in Management per la Sanità (MiMS) e il segmento della formazione executive per il settore della sanità. Attualmente ricopre anche le cariche di Presidente della European Healthcare Management Association (EHMA), quella di Editor-in-Chief della rivista SAGE di *Health Services Management Research*, advisor per la World Healthcare Organization e adjunct professor a UAB (USA) e GMU (UAE). Svolge attività di formazione manageriale, ricerca e consulenza per le istituzioni, le aziende sanitarie e le imprese farmaceutiche, biomedicali e di tutto il settore salute, su temi di strategia, governance, sviluppo organizzativo, change management, people e performance management e gestione operativa. Ha ricoperto il ruolo di responsabile scientifico di numerosi corsi regionali per l'abilitazione alla direzione delle aziende sanitarie e delle loro strutture complesse. Ha all'attivo più di dieci libri e oltre cento pubblicazioni scientifiche. È membro di OIV di diverse aziende sanitarie.

Marta Marsilio è professore associato di Economia Aziendale presso il Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi (DEMM) e membro del Comitato di Indirizzo di HEAD (Centro di Ricerca e Alta Formazione in Health Administration) dell'Università degli Studi di Milano. È responsabile del corso di Economia Aziendale e Accounting (laurea triennale in Economia e Management) e del corso di Management delle aziende sanitarie (laurea triennale in Management Pubblico e della Sanità). Le sue principali attività di ricerca riguardano: operations management nei servizi sanitari; valutazione delle performance dell'innovazione nella supply chain in sanità; partnership pubblico-private; valutazione degli impatti dell'innovazione tecnologica nel settore pubblico e sanitario. È editorial administrator della rivista *Health Services Management Research*, membro del comitato editoriale di Mecosan, Consigliere di Apaform, research fellow del Karolinska Institute.

Federica Meriggi è dirigente in staff alla Direzione Generale della Fondazione Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino di Pavia, dove dirige da oltre dieci anni la Struttura Complessa Affari Generali, Legali, Risorse Umane e Relazioni Sindacali. Laureatasi in Giurisprudenza presso l'Università degli Studi di Pavia si è occupata fin da subito di formazione, collaborando con la Provincia di Pavia – Settore Cultura, Istruzione, Formazione Professionale e Politiche del Lavoro – e con Confindustria Pavia, quale progettista e coordinatore di progetti formativi e azioni di sistema finanziati dal Fondo Sociale Europeo. Nel settore sanità, occupandosi prevalentemente dell'area risorse umane, ha continuato a coltivare il proprio interesse nel settore formazione continua, anche assumendo incarichi di docente a contratto per l'Ateneo pavese.

Renato Ruffini è professore ordinario di Organizzazione e gestione presso l'Università di Milano con un particolare interesse per la gestione delle risorse umane, la pubblica amministrazione, la gestione delle prestazioni, la remunerazione delle prestazioni, la revisione e la gestione dell'integrità. Si è laureato in Economia aziendale all'Università Bocconi di Milano. Ha insegnato all'Università Cattaneo LIUC e all'Università Bocconi. Ha scritto numerosi articoli su riviste scientifiche e quotidiani e varie monografie. È direttore della rivista *RUPA (Risorse umane nella pubblica amministrazione)* e membro

dei comitati editoriali di *Sviluppo e organizzazione*, *Azienda pubblica*, *Lavoro nella pubblica amministrazione*, *Azienditalia*. Ha collaborato con la Presidenza Consiglio dei Ministri, Dipartimento della pubblica amministrazione, ARAN (Agenzia negoziale per la pubblica amministrazione), CIVIT, Unioncamere. È membro e presidente di diversi nuclei e organismi indipendenti di valutazione nelle pubbliche amministrazioni.

Luca Solari è professore ordinario di Organizzazione aziendale presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano. Riveste inoltre il ruolo di presidente di Fondazione Unimi e Direttore della Scuola di Giornalismo Walter Tobagi. Ha un'estesa esperienza nella formazione istituzionale e manageriale anche in ambito sanitario e insegna Organizzazione aziendale nel tronco comune della Scuola di Specializzazione in Medicina nella Classe di Sanità Pubblica, dopo aver per anni impartito il corso di Organizzazione aziendale nell'ambito della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. È docente dell'Accademia di Formazione per il Servizio Sociosanitario lombardo dove ha condotto classi formative tra gli altri per i Direttori di Azienda Sanitaria (DIAS). Ha conseguito il dottorato di ricerca in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi di Milano.

I volumi PoliS-Lombardia

Rapporto Lombardia 2019

Rapporto Lombardia 2020, volume 1

Rapporto Lombardia 2020 – volume 2. Studio per la ripartenza dei territori lombardi

Elio Borgonovi, *Guardare oltre. Dialoghi per i giovani medici*, introduzione di Alessandro Colombo, postfazione di Ovidio Brignoli

Alessandro Colombo, Marta Marsilio (a cura di), *Risorse umane e sistema sociosanitario. Note per la formazione manageriale*, prefazione di Elio Borgonovi

Di prossima pubblicazione

Il pugno nel cuore. La conoscenza e le competenze per contrastare la violenza di genere, introduzione di Fulvio Matone e Armando De Crinito; prefazione di Fabio Roia

Dal catalogo Guerini

Aldo Stella, *Medicare e meditare. Fondamenti teorici per una scienza unificata della salute*

Tatiana Pipan (a cura di), *Presunti colpevoli. Dalle statistiche alla cartella clinica: indagine sugli errori in sanità*

Gustavo Guizzardi (a cura di), *Giunti sul passo estremo. Medicina e società di fronte al fine vita*

Alberto Malliani, *Medico sempre. Lezioni di buona sanità*, a cura di Nicola Montano, Giangiacomo Schiavi

Mauro Boldrini, Sabrina Smerrieri, Paolo Cabra (a cura di), *Si può vincere. Storie di pazienti che hanno sconfitto il cancro*, prefazione di Beatrice Lorenzin

Fernando Aiuti, *Il nostro meraviglioso sistema immunitario. Come conoscerlo e preservarlo*, con la collaborazione di Giuseppe Luzi

Francesco Nicosia, Fabio Tosatto, Paolo Guglielmo Nicosia, Simone Canepa (a cura di), *Spending review in ospedale senza tagli. Il lean system applicato in sanità*, presentazione di Adriano Lagostena

Alessandro Lovari, *Social media e comunicazione della salute. Profili istituzionali e pratiche digitali*

Angelo Rosa, *Lean organization in sanità. Esperienze e modelli di applicazione da Nord a Sud*, prefazione di Elio Borgonovi, introduzione di Adriano Lagostena

Francesco Nicosia, *Sanità Lean. Migliorare il servizio ai pazienti, ridurre gli sprechi, innovare la gestione ospedaliera con il metodo Toyota*

Thomas L. Jackson, *Value stream mapping nella gestione ospedaliera. Mappare il flusso del valore con il Lean System*, edizione italiana a cura di Francesco Nicosia

Francesco Cognetti, Mauro Boldrini, *Ritorno alla vita. Conoscere, prevenire, sconfiggere il tumore*

Gianluca Comin, Lelio Alfonso, *#Zonarossa. Il Covid-19 tra infodemia e comunicazione*, premessa di Walter Ricciardi

Finito di stampare nel mese di giugno 2021
presso Vulcanica S.r.l. Nola (NA)

La crisi pandemica ha evidenziato che la «salute» è sì un bene pubblico ad altissimo valore intrinseco, che tuttavia può influenzare il valore sociale in senso molto più ampio. Di conseguenza, le strategie e le scelte operative che riguarderanno il Sistema Sanitario Nazionale rappresentano un volano per l'evoluzione futura del nostro Paese.

È in questo contesto che la formazione diventa un momento essenziale per la pianificazione organizzativa, e in particolare la formazione manageriale di medici, infermieri e personale della salute: essa, infatti, non è solo l'ambito di trasmissione di competenze gestionali, ma rappresenta la dimensione privilegiata in cui il sistema sanitario si conosce e si costruisce.

Nato in occasione dei corsi erogati da PoliS-Lombardia attraverso l'Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo, questo manuale coniuga le conoscenze teoriche dei docenti con l'esperienza pratica dei partecipanti. Partendo dal quadro di riferimento legislativo e contrattuale che regola la gestione delle risorse umane, pone attenzione in particolare sulla progettazione di modelli organizzativi innovativi, sull'ottimizzazione dei processi di comunicazione interna e di leadership, sui risultati ottenuti con la valutazione delle performance e i sistemi premianti. Un percorso completo e sistematico per sensibilizzare i manager sanitari sul tema cruciale della valorizzazione delle persone e, allo stesso tempo, un laboratorio, un riferimento per un confronto dinamico e in costante evoluzione tra medici, infermieri e tutti i professionisti della salute.

€ 34,00 (i.i.)	ISBN 978-88-6250-816-2
	
	9 788862 508162
www.guerini.it	