

A cura di
FIASO

Gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze del middle management del SSN

s&r

A cura di
FIASO

**Gestione, sviluppo
e valorizzazione
delle competenze
del middle
management del SSN**

Editing: Stefano A. Inglese

Copyright © 2021 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/58365751 – Fax 02/58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni. Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaeditore.it

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: luglio 2021

ISBN volume 978-88-238-4706-4

ISBN ebook 978-88-238-8291-1

Stampa: Logo S.r.l. – Borgoricco (PD)

Indice

Introduzione Le ragioni e gli obiettivi di una ricerca sul middle management, <i>di Valerio Fabio Alberti</i>	9
Premessa. La centralità del middle management, <i>di Nicola Pinelli</i>	15
Protagonisti della ricerca	19
1. La formazione manageriale in sanità in alcuni paesi europei e negli USA: spunti e riflessioni per lo sviluppo del middle management	23
1.1 Formazione manageriale e talent management, <i>a cura di Marco Meneguzzo</i>	23
1.2 Regno Unito	27
1.2.1 Un quadro di insieme sul National Health Service, <i>a cura di Marco Meneguzzo, Anna Conte, Vittorio Riccardi</i>	27
1.2.2 Il competency leadership framework, <i>a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino</i>	37
1.3 Francia, <i>a cura di Marco Meneguzzo, Anna Conte, Chiara Fantauzzi, Vittorio Riccardi</i>	41
1.4 Svizzera, <i>a cura di Marco Meneguzzo, Vittorio Riccardi</i>	48
1.5 USA, <i>a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti</i>	56
2. Il modello di indagine della ricerca FIASO, <i>a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti</i>	69
2.1 Il modello di gestione per competenze	69
2.2 Famiglie professionali e dizionario delle competenze	71
2.3 L'adattamento dell'approccio al progetto «FIASO»	73
2.4 Le fasi di lavoro	74
2.5 I middle manager protagonisti della ricerca	79

3. I risultati: profilatura e ambiti di attenzione per lo sviluppo del middle management	91
3.1 Direttore Dipartimento Clinico Assistenziale, <i>a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti</i>	91
3.2 Direttore delle Professioni sanitarie	94
3.3 Ingegnere Clinico, <i>a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino, Niccolò Principi, Davide Carnevali</i>	98
3.4 Farmacista ospedaliero e territoriale, <i>a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino, Niccolò Principi, Davide Carnevali</i>	103
3.5 Direttore di Distretto, <i>a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino, Niccolò Principi, Davide Carnevali</i>	109
3.6 Direttore di Presidio Ospedaliero, <i>a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino, Niccolò Principi, Davide Carnevali</i>	114
3.7 Responsabile degli acquisti, <i>a cura di Marco Meneguzzo, Anna Conte, Vittorio Riccardi</i>	120
3.8 Responsabile dell'Ufficio tecnico, <i>a cura di Marco Meneguzzo, Anna Conte, Vittorio Riccardi</i>	124
3.9. Responsabile dei Sistemi informativi, <i>a cura di Anna Conte, Andrea Dattis, Antonella D'Adamo, Marco Meneguzzo</i>	129
3.10 Responsabile del Personale, <i>a cura di Anna Conte, Antonella D'Adamo, Marco Meneguzzo</i>	133
3.11 Risk Manager, <i>a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti</i>	137
3.12 Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, <i>a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti</i>	140
4. Ruolo e competenze del middle management nella emergenza pandemica	145
4.1 AIIC (Associazione Italiana Ingegneri Clinici), <i>di Umberto Nocco</i>	145
4.2 AIIS (Associazione Italiana per l'Integrità della Salute e del Sistema Sanitario e Sociale), <i>di Agnese Morelli</i>	147
4.3 AIREPSA (Associazione Italiana Responsabili Servizi Prevenzione e Protezione in Ambiente Sanitario), <i>di Matteo Tripodina</i>	148
4.4 AISIS (Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità), <i>di Alberto Ronchi</i>	150
4.5 ANMDO (Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere), <i>di Gianfranco Finzi</i>	151
4.6 CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto), <i>di Luciano Pletti</i>	153
4.7 FADOI (Federazione delle Associazioni dei Medici Dirigenti Internisti), <i>di Dario Manfredotto</i>	155
4.8 FARE (Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Provveditori della Sanità), <i>di Salvatore Torrisi</i>	157

4.9 HCRM (Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers), <i>di Alberto Firenze</i>	158
4.10 InGeSan (Associazione Italiana Ingegneri Gestionali in Sanità), <i>di Jacopo Guercini</i>	160
4.11 SIAIS (Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità), <i>di Daniela Pedrini</i>	162
4.12 SIDMI (Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche), <i>di Bruno Cavaliere</i>	164
4.13 SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie), <i>di Arturo Cavaliere</i>	166
4.14 SIGeRIS (Società Italiana gestori del Rischio in Sanità), <i>di Andrea Minarini</i>	168
4.15 SIMM (Società Italiana di Leadership e Management in Medicina), <i>di Mattia Altini</i>	170
4.16 SItI (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica), <i>di Enrico Di Rosa</i>	171
4.17 Network FIASO dei Capi del personale, <i>di Rosa Magnoni e Isabella Lanzone</i>	173
Conclusioni. Il valore aggiunto e le nuove prospettive per il middle management nel Servizio Sanitario , <i>di Angelo Tanese</i>	177
Bibliografia	181

Introduzione. Le ragioni e gli obiettivi di una ricerca sul middle management

di *Valerio Fabio Alberti**

La Sanità ha affrontato nel corso degli anni continue trasformazioni, dovute al cambiamento dei bisogni assistenziali, alle modifiche degli assetti istituzionali e dei modelli organizzativi, e allo sviluppo delle tecnologie disponibili. La qualità della risposta a questi cambiamenti è stata condizionata significativamente, e così è tutt'ora, dalla qualità del management (top e middle).

L'emergenza sanitaria internazionale da COVID-19, esplosa in Italia alla fine di febbraio 2020, ha determinato un picco di domanda di servizi sanitari, in particolare di emergenza-urgenza, erogati in ambito ospedaliero. Il conseguente disallineamento tra l'organizzazione ordinaria dei servizi nelle Aziende sanitarie pubbliche e il rapido incremento della domanda ha evidenziato la necessità di adeguare e riconfigurare tempestivamente il sistema con interventi di riorganizzazione di natura straordinaria. La pandemia da COVID-19 ha prodotto ciò che nella letteratura di *change management* viene normalmente classificato come *un-freezing*, vale a dire:

- il mondo delle Aziende sanitarie ha mostrato una capacità di intervento in termini di flessibilità e adattamento organizzativi mai riscontrati prima;
- le barriere professionali e disciplinari si sono temporaneamente allentate, con la conseguenza che gli assunti di infungibilità sono stati messi in discussione e gli assetti organizzativi, così come i processi produttivi, si sono dimostrati plasmabili e sono stati in effetti riconfigurati;

* Past president FIASO.

- è stato portato in luce un diffuso patrimonio di motivazione e senso di appartenenza, in precedenza poco visibile e poco considerato.

Nella fase attuale della pandemia risulta sempre più evidente che le nuove risorse messe a disposizione del SSN richiedano forti capacità di gestione attraverso il ricorso a scelte organizzative ancora una volta tempestive e innovative: non basta aver previsto investimenti consistenti e lo stanziamento di risorse che storicamente non erano mai state rese disponibili al servizio sanitario pubblico in questa misura. Oltre all'autorevolezza nell'allocazione delle risorse, confermata sul campo nel corso della prima fase della pandemia, il management nella fase attuale può mettere a disposizione del sistema la sua capacità di *rimettere tutto insieme* e consolidarsi ulteriormente nel suo ruolo di interprete, promotore e guida delle strategie emergenti grazie alla sua expertise in gestione del cambiamento e nel superamento degli ostacoli all'innovazione. Quanto si è reso drammaticamente ed evidentemente necessario ed indispensabile al sistema per il suo ammodernamento, dal ripensamento del territorio e della prevenzione alla trasformazione digitale, solo per citare qualche esempio, oltre che gli investimenti previsti per il SSN con il Recovery Plan, propongono un aumentato fabbisogno di management.

L'emergenza pandemica ha consolidato e incrementato la consapevolezza dei professionisti di essere parte di un'organizzazione aziendale nella quale nessuno può farcela da solo. Ciò impone al management, una volta di più, di contare sul coinvolgimento esteso di tutto questo mondo nel perseguimento delle strategie di cambiamento dei prossimi anni.

Quindi di fronte a noi ci sono grandi opportunità: siamo ancora *dentro* una emergenza che sembra non avere fine, ma una volta fuori potremo giocare davvero la carta del cambiamento e dell'ammodernamento, potendo contare su risorse adeguate e su una diversa e rinnovata attenzione da parte del Paese. Ma si intravedono anche minacce, come la tendenza inveterata a tornare come prima, o a farsi dettare l'agenda da interessi corporativi o approcci ideologici.

Valorizzare il punto di vista, le competenze, l'esperienza del management della sanità italiana può essere l'antidoto per questi rischi. La traiettoria evolutiva del SSN rende evidente il vantaggio dell'investimento continuo nei fabbisogni manageriali della sanità pubblica, che ora coinvolge, in un *unicum* di responsabilità gestionale, il livello regionale, gli enti intermedi, le Aziende sanitarie con il proprio management, top e middle.

In questo contesto FIASO si inserisce come Casa del management.

Nel 2016 ha deciso di costituire un Forum con il coinvolgimento delle Associazioni professionali e Società scientifiche rappresentative del middle management delle Aziende sanitarie (Forum Management Sanità, FMS) per rispondere anche attraverso questa strategia alle sollecitazioni alle quali è esposto di continuo il sistema sanitario, con l'obiettivo di:

- costruire un centro rappresentativo e di riferimento per la cultura manageriale in sanità;
- favorire il confronto tecnico su questioni emergenti di politica sanitaria;
- sviluppare la gestione per processi attraverso l'integrazione professionale;
- definire e valorizzare i profili e i percorsi professionali del management;
- valorizzare le esperienze dei professionisti sul tema dell'innovazione;
- favorire la collaborazione tra le Associazioni partecipanti al Forum.

FIASO è partita dalla consapevolezza della necessità di un management *diffuso* per presidiare i numerosi e interconnessi processi decisionali all'interno delle Aziende. La gestione di questa complessità rende ancora più ineludibile per il top management la necessità di una maggiore condivisione e collegialità dei processi decisionali. È qui che si inserisce il ruolo fondamentale del middle management, come facilitatore della ricerca di soluzioni tecnico-operative nell'introduzione delle innovazioni necessarie all'organizzazione.

È importante considerare allargata e diffusa la funzione manageriale di guida del cambiamento. Il middle management, come *linea intermedia* dell'organizzazione, gioca un ruolo fondamentale nei processi di cambiamento, dal momento che viene chiamato a organizzare e coordinare risorse e ad assumere il compito di trasmissione e integrazione tra nucleo strategico e livello operativo.

Il Sistema Sanitario ha bisogno di funzioni che associano forti competenze tecniche e forti competenze manageriali; per questo è importante investire nella formazione, nella leadership e nella capacità di cambiamento.

Questa consapevolezza, maturata negli anni, aveva portato, già nel 2010, FIASO e Agenas a sviluppare un impegno comune sulla formazione manageriale in Sanità, a partire proprio dall'analisi dei fabbisogni formativi del top e del middle management.

Nel 2018, FIASO con il FMS, in collaborazione con il CNR, ha realizzato una prima ricerca sulle aspettative e sulle percezioni del middle manager nell'ambito del Forum del Management Sanitario¹.

Nel 2020, è stata portata a termine una seconda ricerca, realizzata in collaborazione con tre centri di ricerca accademici, l'Università Cattolica, l'Università di Tor Vergata e l'Università di Milano, sui profili professionali delle diverse figure di middle manager (le 14 Associazioni/Società scientifiche e

¹ FIASO-CNR, *Il Middle Management nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive gestionali*, Editore KOS, Roma, 2018.

il Network FIASO dei Capi del personale che partecipano al Forum sono rappresentative dei 12 profili)².

Questa ricerca ha permesso di applicare il modello metodologico di Spencer, che prevede:

- una *job description* della funzione;
- una valutazione delle competenze all'interno di un radar, ovvero le competenze più importanti per quella funzione;
- un set di indicatori di BSC, quindi la valutazione delle performance di chi esercita la funzione.

Tra le motivazioni che hanno portato all'avvio di questa ricerca, va innanzitutto sottolineata l'esigenza, da parte di FIASO e dei vertici delle Aziende sanitarie e Ospedaliere, di ridurre il gap tra crescita di responsabilità e attribuzioni per i ruoli di middle management, di fronte alla limitata attenzione dedicata dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dai servizi sanitari regionali a questi ruoli e figure professionali fortemente *skill intensive*.

Partendo dall'individuazione e dall'analisi dei profili, si è sviluppata una riflessione integrata tra top e middle management che porterà alla definizione di un piano formativo sulle competenze manageriali individuate in base ai fabbisogni rilevati.

In questo volume presentiamo i risultati della ricerca, i cui principali obiettivi sono:

1. la valorizzazione dei talenti associati ai diversi profili di middle management presenti all'interno delle Aziende sanitarie e ospedaliere, individuando e codificando le opportunità di sviluppo professionale;
2. l'individuazione dei percorsi di formazione e aggiornamento, leve importanti per garantire alle Aziende continuità e un costante miglioramento;
3. la formulazione di una politica di intervento sul middle management a livello dell'intero sistema dei servizi sanitari regionali e delle singole Aziende sanitarie e ospedaliere, rispondendo alle tre domande sul *dove* (quali ruoli e figure professionali), *quanto* (ampiezza e intensità dell'investimento) e *come* (modalità da adottare).

² Dopo la realizzazione della ricerca, nel corso del secondo semestre 2020, due nuove Associazioni hanno aderito al FMS. AIIS (Associazione per l'Integrità in Sanità) e IngeSan (Associazione Ingegneri gestionali in sanità), portando a 16 le Associazioni/Società scientifiche che partecipano attualmente alle attività del Forum.

Ciò che è successo nella fase emergenziale aiuta a riflettere sull'esigenza di ripensare le competenze caratterizzanti per la gestione della fase post-emergenziale nelle Aziende sanitarie e ospedaliere. La capacità manageriale rappresenta un elemento decisivo e determinante per superare con successo la crisi senza precedenti che stiamo vivendo, ma anche per poter guardare al futuro e al grande lavoro per l'ammodernamento del SSN con ragionevole ottimismo.

Premessa. La centralità del middle management

di Nicola Pinelli*

Le Aziende sanitarie pubbliche si confrontano nella fase attuale del SSN con due macro-sfide che richiedono nuove e più sviluppate competenze ed energie.

Da un lato fronteggiano quella che ormai è comunemente definita la «nuova normalità» della sanità, che più correttamente dovrebbe essere definita la nuova normalità del settore della salute. In essa confluiscono numerose problematiche ed attese: servizi centrati sulla persona, attenzione all'esperienza del paziente-cliente, co-produzione e co-creazione del processo di cura ed assistenza, medicina d'iniziativa, integrazione socio-sanitaria, trasparenza, accountability, sostenibilità economica, appropriatezza e governo clinico, valorizzazione delle professioni, lavoro multidisciplinare e molto altro ancora. Da un punto di vista teorico si potrebbe essere tentati di sintetizzare l'insieme precedente delle questioni presenti nell'agenda strategica ed operativa delle Aziende nel minimo comune denominatore della ricerca del «valore», dell'ambizione di generare una solida e costante *value-based healthcare*, cioè fare ciò che massimizza la produzione di salute in rapporto alla spesa generata. Ma più concretamente, ciò di cui hanno davvero bisogno le Aziende sanitarie sono incisivi e profondi processi di trasformazione nel modo di lavorare, nei processi erogativi e nei paradigmi e valori che guidano le decisioni. Una discontinuità significativa con la storia dei precedenti quaranta (e certamente anche di più) anni.

Dall'altro lato c'è la questione «dimensionale». Il SSN ha visto negli ultimi anni crescenti modifiche degli assetti istituzionali che hanno condotto alla fusione o trasformazione per incorporazione di numerose Aziende sanitarie in tutte le maggiori Regioni italiane. Queste stesse Regioni sono state interessate, infatti, da importanti modifiche nella configurazione istituzionale, con la nascita di nuove Aziende sanitarie di dimensioni maggiori rispetto alle precedenti, e con modifiche altrettanto importanti nei loro assetti organizzativi

* Direttore FIASO.

e operativi. Numerose Aziende hanno oggi oltre 5000 dipendenti, con punte di 15.000, bilanci da miliardi di euro, territori di oltre 80-100 km², reti ospedaliere da gestire, popolazioni da servire oltre il milione di abitanti. Dietro il pensiero del *big is better* si è consumata nel breve tempo di una decade una profonda ristrutturazione del tessuto aziendale che ha prodotto una concentrazione crescente verso quello che qualcuno definirebbe un «gigantismo» dilagante. Non è questa la sede nella quale discutere sul successo o meno delle operazioni di crescita dimensionale rispetto alle attese o alla situazione pregressa. Ma non si può non considerare come un eventuale successo sia in larga parte ascrivibile (o meno) alle qualità del gruppo dirigente dell’Azienda, e quindi *in primis* al suo middle management, inteso nell’accezione della prima e seconda linea di responsabilità sotto la Direzione aziendale.

Le due macro-sfide, nuova normalità e dimensionamento crescente, introducono quindi la necessità di dover modificare gli assetti e i ruoli organizzativi delle Aziende sanitarie, dando maggiore rilevanza alle figure del middle management che presidiano la *line* (vedi per esempio direttori di dipartimento e distretto) o le funzioni di staff-tecnostuttura (vedi per esempio Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, ingegneria clinica, farmacia ecc.).

Se, come tutta la letteratura – a partire dai lavori di Mintzberg degli anni Settanta – ha messo in evidenza, le Aziende sanitarie sono fisiologicamente organizzazioni «piatte» (con una gerarchia molto corta), in cui nuclei operativi estesi e differenziati (i clinici) si confrontano spesso direttamente con i vertici strategici, i cambiamenti segnalati pongono all’ordine del giorno il tema della costruzione di ruoli di responsabilità intermedi sufficientemente robusti e sviluppati per sostenere l’azione di governo dell’alta direzione.

Tale «costruzione» non è però né semplice, né facile.

Non è semplice perché le connotazioni e specificità dei ruoli rendono complesso e articolato il percorso di sviluppo professionale che potrebbe (e dovrebbe) essere condotto dalle Aziende. Da osservare che vi sono ovviamente tratti comuni che caratterizzano le attese di *contributo* del middle management nella propria organizzazione. Devono per esempio essere portatori di una competenza di contesto che permetta loro di costruire visioni di sviluppo, *sense-making* della realtà, identità e cultura organizzativa. Devono avere una postura *proattiva* nei confronti del miglioramento possibile nelle loro Aziende, essere ambiziosi per la loro organizzazione, contaminare e contaminarsi con altre esperienze. C’è quindi una profilatura di ruolo *comune* nelle attese di comportamento ed esercizio del mandato. Resta però sempre necessario – e complesso – un lavoro di *customizzazione* degli interventi di sostegno allo sviluppo del middle management collegato alla storia (per via della *path dependency* che determina il *punto* di partenza), cultura organizzativa e contingenze ambientali della singola Azienda. Oltre alle differenze generate dalla posizione specifica nell’assetto organizzativo: i middle manager sulla

linea clinica sono per molti versi *top manager*, e quindi forse considerabili come *soggetto strategico diffuso* e con connotati profondamente diversi dai middle manager incardinati nella *gerarchia* gestionale delle funzioni di tecnostruttura ed amministrative.

Non è facile o, per essere precisi, è difficile perché i middle manager delle Aziende sanitarie sono caratterizzabili come *ruoli ibridi*. Ruoli nei quali rimane fortissima la componente professionale, cioè il lavoro generato dalla professionalità di cui è portatore la persona, che spesso è più congeniale e fonte di soddisfazione di quello *manageriale*. Inoltre, per loro natura i professionisti con ruoli apicali sentono nelle proprie corde la responsabilità di crescere e proteggere il proprio gruppo professionale, la propria unità operativa, anche a detrimento di necessità o vantaggi organizzativi più ampi. Sia chiaro, non è un tratto patologico, ma è fisiologia delle organizzazioni professionali, ed anche una grande risorsa quando questo lavoro di crescita è fatto anche e soprattutto nell'interesse dell'organizzazione. Diventa critico quando persegue, invece, interessi di gruppo o particolari, non allineati o di sostegno allo sviluppo organizzativo complessivo dell'Azienda. Per questo è difficile sviluppare in pieno i ruoli di middle management quando *giocati* da professionisti ibridizzati verso responsabilità manageriali-aziendali. Perché il tempo *manageriale* è cannibalizzato da quello operativo-professionale, e perché le decisioni ed azioni sono fortemente influenzate da una visione di primazia del gruppo di appartenenza sugli interessi unitari e complessivi dell'organizzazione.

Tuttavia, non c'è alternativa.

E non si può non riconoscere il contributo che i ruoli *ibridi*, ed il middle management in generale, hanno già dato alla conduzione e sviluppo delle Aziende sanitarie in questi anni, in particolare nell'ultima decade segnata da significative sfide di sostenibilità, razionalizzazione, qualità, integrazione, efficientamento.

Se poi questo non fosse sufficiente a convincerci della centralità dei nostri middle manager nelle Aziende sanitarie, ci ha pensato la crisi da COVID-19 a ricordarcelo e a sottolinearlo. Gestione degli approvvigionamenti, trasformazioni dei muri, riorganizzazione dei processi, *task shifting* tra professioni, collaborazione inter-organizzativa e molto, molto altro di quanto avvenuto durante la crisi, e che ci ha permesso di gestirne gli effetti e conseguenze in modo efficace, è avvenuto grazie alla direzione e al contributo del middle management aziendale. *No doubt* direbbero gli inglesi.

Quindi, è oggi ancora più importante che mai interrogarsi su quali competenze, capacità ed abilità di ruolo servano ai diversi *tipi* di middle manager. Quali siano le aspettative di comportamento e contenuto connesse ai diversi ruoli. Cosa deve sapere fare, e come ci si attende agisca un middle manager. Ricostruire le profilature di ruolo che esitino in *job description*

utilizzabili per lo sviluppo e per la ricerca e valutazione dei candidati al middle management delle Aziende sanitarie.

Ed ancora. Come formarne o più probabilmente consolidarne le competenze? Quali processi formativi o di affiancamento e riflessione possono essere più efficaci per sostenere lo sviluppo dell'attuale classe di middle manager, con quali tecniche e modalità? Quali nuovi approcci: *mentoring*, *shadowing*, approcci *blended*, *raid* in specifici contesti ecc?

E come preparare la futura classe. Oltre che preparare gli attuali middle manager, ancora più importante è investire sulla prossima coorte di potenziali middle manager. E quali sono quindi le implicazioni per la formazione universitaria, post-universitaria, le nascenti *accademie* interne alle Aziende, alle Società scientifiche, alle scuole regionali, alle associazioni del sistema?

In questo scenario si inserisce il lavoro promosso da FIASO. A questi interrogativi cerca di dare risposta, in collaborazione proprio con le Associazioni e Società che rappresentano e curano lo sviluppo del middle management nel contesto del SSN.

Protagonisti della ricerca

FIASO ringrazia sentitamente per la collaborazione e la disponibilità i seguenti componenti del Gruppo di lavoro che ha condotto la ricerca all'interno del Forum Management Sanità.

La ricerca è stata svolta grazie a un accordo di collaborazione tra FIASO e tre Centri di Ricerca: CEIS Università Tor Vergata di Roma (Marco Meneguzzo, Anna Conte), CRC HEAD dell'Università degli Studi di Milano (Federico Lega, Claudia Bianchino), ALTEMS e CERISMAS Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (Americo Cicchetti, Irene Gabutti).

Si ringraziano tutte le Associazioni professionali e Società scientifiche del Forum Management Sanità che nel biennio 2019/2020 hanno collaborato e partecipato attivamente alla realizzazione della ricerca e in particolare:

AIIC	Associazione italiana ingegneri clinici	Umberto	Nocco	Presidente
		Veronica	Bacocco	
		Emilio	Chiarolla	
		Lorenzo	Leogrande	
		Mariangela	Matano	
AIRESPSA	Associazione Italiana Responsabili Servizi di Prevenzione e Protezione in Ambiente Sanitario	Matteo	Tripodina	Presidente
		Maddalena	Quintili	
AISIS	Associazione sistemi informativi in sanità	Alberto	Ronchi	Presidente
		Marco	Foracchia	
		Gabriele	Rinonapoli	
ANMDO	Associazione nazionale medici di direzione ospedaliera	Gianfranco	Finzi	Presidente
		Francesco	Bisetto	
		Karl Albert	Kob	
		Michele Tancredi	Loiudice	
		Sergio	Parrocchia	

CARD	Confederazione associazioni regionali di distretto	Gennaro	Volpe	Presidente
		Rosa	Borgia	
		Emanuele	Ciotti	
		Alfredo	Notargiacomo	
		Luciano	Pletti	
		Luigi	Rossi	
FADOI	Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti	Dario	Manfellotto	Presidente
		Stefano	De Carli	
		Francesco	Orlandini	
FARE	Federazione delle associazioni regionali degli economi e dei provveditori della sanità	Salvatore	Torresi	Presidente
		Maria Grazia	Colombo	
HCRM	Hospital and Clinical Risk Managers	Alberto	Firenze	Presidente
		Nicola	Alessi	
		Ugo Luigi	Aparo	
		Erminia	Taormina	
SIAIS	Società italiana dell'architettura e dell'ingegneria per la sanità	Daniela	Pedrini	Presidente
		Paola	Arneodo	
		Virginia	Caracciolo	
		Heinrich	Corradini	
		Amedeo	De Marco	
		Mario	Tubertini	
SIDMI	Società italiana direzione e management infermieristico	Bruno	Cavaliere	Presidente
		Fabrizio	Polverini	
		Daniela	Tartaglino	
SIFO	Società italiana di farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie	Arturo	Cavaliere	Presidente
		Marcello	Pani	
SIGERIS	Società italiana degli healthcare manager	Andrea	Minarini	Presidente
		Aldo	Di Fazio	
		Debora	Simonetti	
		Andrea	Socetti	
SIMM	Società Italiana di	Mattia	Altini	Presidente

	Leadership e Management in Medicina		
		Pasquale	Chiarelli
		Giuseppe	Massazza
		Andrea	Poscia
		Andrea	Silenzi
SITI	Società Italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica	Antonio	Ferro Presidente
		Luigi	Bertinato
		Enrico	Di Rosa
Network FIASO	Network Professionale Responsabili Capitale Umano	Isabella	Lanzone
		Rosa	Magnoni

Per la Federazione hanno partecipato Valerio F. Alberti e Angelo Tanese, Nicola Pinelli, Noemi Rossi, Eleonora Giordani, Diana de Maffutiis.

Nel 2019 si sono svolti diversi Focus group con le Direzioni strategiche che, supportate dai Centri di ricerca delle Università coinvolte nel progetto, hanno analizzato i profili di funzione emersi dai gruppi associativi riuniti per aggregazioni funzionali.

FIASO ringrazia in particolare:

- Valerio F. Alberti, già Dg Asl Città di Torino
- Ambra Amerini – PO Qualità servizi AASS sviluppo professionale e valutazione performance ESTAR
- Massimo Annicchiarico, già Dg AO Complesso ospedaliero San Giovanni Addolorata
- Silvia Briani, Dg Aou Pisana
- Silvia Cavalli, già Direttore amministrativo Asl Roma 2
- Giorgio Casati, già Dg Asl Latina
- Marinella D’Innocenzo, Dg Asl Rieti
- Alberto Deales, già Direttore sanitario Inrca Marche
- Flori Degrassi, già Dg Asl Roma 2
- Maria Gamberini, già Direttore amministrativo Ausl Piacenza
- Aldo Mariotto, già Direttore sanitario Irccs Cro Aviano
- Cristina Matranga, Direttore amministrativo Asl Roma 1
- Giovanni Migliore, Dg Aou Consorziale Policlinico Bari
- Anna Maria Minicucci, già Dg Aorn Santobono Pausilipon
- Giuseppe Noto, Direttore sanitario Asl Cn1
- Roberta Serena, Direttore amministrativo Irccs G. Gaslini
- Chiara Serpieri, Dg Asl VCO

- Ubaldo Rosati, Resp. Controllo Gestione Qualità e Sicurezza Irccs G. Gaslini
- Daniele Testi, Direttore amministrativo Estar Toscana
- Branka Vujovic, Direttore sanitario Irccs Ire-Ifo-Isg

1. La formazione manageriale in sanità in alcuni paesi europei e negli USA: spunti e riflessioni per lo sviluppo del middle management

1.1 Formazione manageriale e talent management

a cura di Marco Meneguzzo

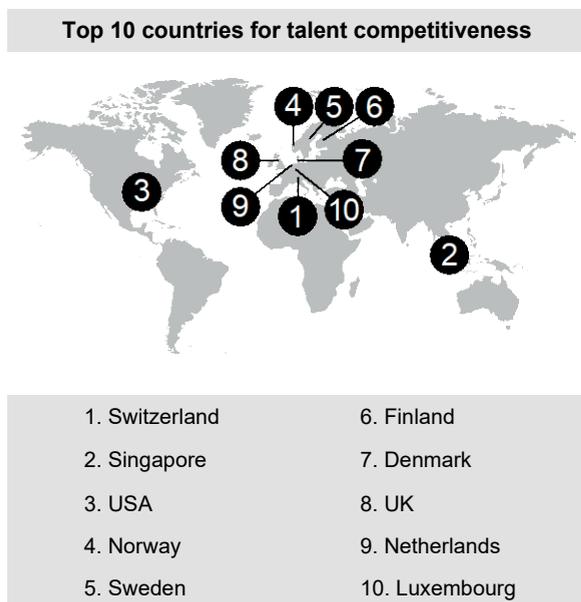
Il *Global Talent Competitives Index (GTCI)*³, indice sviluppato da INSEAD, Adecco Group e TATA-Communication al fine di stilare un report annuale circa l'abilità di 119 Paesi e 90 città nell'attrarre, trattenere e far crescere risorse umane talentuose, per l'anno 2020 vede al primo posto la Svizzera seguita al secondo posto dagli USA, collocando l'Italia al 36 posto nel ranking, preceduta da UK (11° posto) e Francia (21° posto).

Tra le città, il podio 2020 è formato da New York, London e Singapore.

Va segnalato che si tratta di un indice indifferenziato, che fa riferimento prevalentemente alle imprese private, con limitata attenzione ai settori della PA e del non profit. Guardando al mondo privato prevalgono inoltre settori quali beni di consumo, beni durevoli, servizi e banche assicurazioni, senza particolare attenzione al settore sanitario.

³ The Global Talent Competitiveness Index sviluppato da INSEAD, Adecco Group, TATA Communication ha visibilità in tutto il mondo ed è oggi diventato punto di riferimento globale per le questioni relative alla competitività dei talenti e al futuro del lavoro. Giunto quest'anno alla sesta edizione, affronta il tema del talento imprenditoriale e della competitività globale e tenta di identificare i modi in cui grandi e piccole imprese, nazioni e città possono promuovere il talento imprenditoriale nell'era della trasformazione digitale.

Figura 1. Competere sui talenti: il posizionamento internazionale di Nazioni e Città



Fonte: Global Talent Competitiveness Index (GTCI) 2018

Occorre segnalare che nell'ultimo periodo si sta manifestando una crescente attenzione al tema della attrazione dei talenti nel settore pubblico; per esempio è stato recentemente effettuato un confronto sulle logiche di *talent management* tra Italia (Provincia Autonoma di Bolzano) ed Austria (Provincia Tirolo) (Bernhart, Promberger e Meneguzzo 2020).

Il tema del talent management è stato posto alla attenzione del sistema delle Pubbliche Amministrazioni dall'*European Foundation for Management Development* (www.efmd.org) in una prima conferenza tenutasi nel 2007 (*The new talent management agenda*) e nel nostro Paese dalla attuazione di alcuni progetti interessanti e pionieristici, avviati all'inizio degli anni Duemila (Progetto Cento Talenti Regione Basilicata).

Il GTCI è un indice composito, che si basa su un modello *input-output*, composto da sei pilastri, quattro sul lato input e due sul lato output. Il GTCI si può sintetizzare in tre indici principali:

1. il sotto-indice di *input*, composto da quattro pilastri che descrivono le politiche, le risorse e gli sforzi che un particolare Paese può sfruttare per promuovere la competitività del suo talento. *Enable* (pilastro 1) riflette la misura in cui gli ambienti normativi, di mercato e di business creano un

- clima favorevole al talento da sviluppare e prosperare. Gli altri tre pilastri descrivono le tre leve della competitività dei talenti, si concentrano cioè su ciò che i Paesi offrono ai talenti in termini di *Attrattività* (pilastro 2), *Crescita* (pilastro 3) e *Tasso di ritenzione* (pilastro 4);
2. il sotto-indice di *output* mira a descrivere e misurare come il risultato delle politiche, delle risorse e degli sforzi di cui sopra impatta in un Paese sulla qualità del talento. È composto da due pilastri, che descrivono la situazione attuale di un particolare Paese in termini di competenze professionali e tecniche (pilastro 5) e competenze globali di conoscenza (pilastro 6);
 3. il *Global Talent Competitiveness Index* (GTCI), che è calcolato come media aritmetica semplice dei punteggi registrati su ciascuno dei sei pilastri sopra descritti.

Coerentemente con la nostra analisi, andando a ordinare il ranking in base al pilastro *Enable* (1), dove l'Italia precipita al 42° posto, la Svizzera si colloca ancora sul podio, seconda, preceduta solo da Singapore; e sono ancora in testa gli USA per quanto riguarda il pilastro delle competenze professionali e tecniche (5), pilastro per il quale l'Italia recupera qualche posizione andando a collocarsi trentesima.

Guardando con questa lente, prevalentemente aziendale, non possiamo purtroppo nemmeno appellarci all'aiuto di giovani leve straniere, perché l'Italia non attrae per il lavoro (67^a posizione), ma solo per turismo.

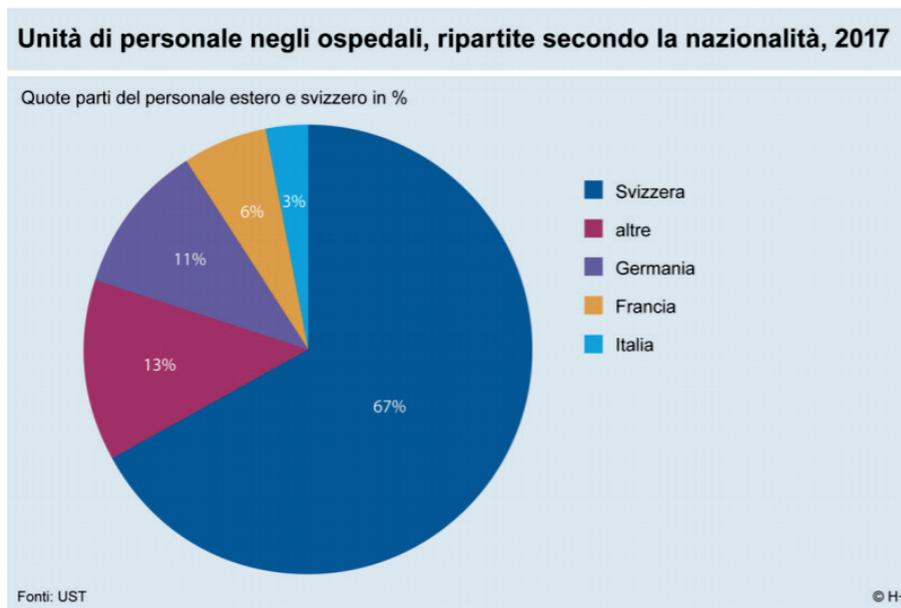
Sorprende perfino leggere la 42^a posizione per l'Italia nel pilastro *Global Knowledge Skills* (6).

Eppure, il nostro Sistema sanitario nazionale e le competenze dei nostri professionisti in tale settore sembrano essere *invidiate* in tutto il mondo.

Particolarmente significativa è la presenza di medici e professionisti sanitari nei paesi del Golfo, in cui è forte la presenza di *medici expatriates*, come viene evidenziata in due recenti rapporti, quello di Deloitte 2015 (*Global health care outlook: common goals competing priorities*) e quello di Ardent Advisory 2015 (*GCC Healthcare Sector A Focus Area for Governments*) che evidenzia che negli stessi Paesi più del 75% dei medici e più del 60% del personale infermieristico siano da considerare *expatriates* (non necessariamente europei o nordamericani).

Inoltre, forte è l'emigrazione sanitaria di medici italiane/i in altri Paesi europei (Regno Unito, Francia, Germania); i dati disponibili per la Svizzera evidenziano come il 3% del totale del personale possieda la nazionalità italiana, con una presenza sicuramente più forte nei Cantoni italo-foni (Ticino e, in parte, Grigioni) (Hplus 2019).

Figura 2.



Fonte: H plus 2019 Moniteur des hôpitaux et cliniques de H+

Bloomberg⁴ nella sua classifica *Health Care Efficiency* – calcolata in base ai dati di Banca Mondiale, OMS, ONU e Fondo Monetario Internazionale – posiziona l'Italia al quarto posto tra i sistemi più efficienti in un confronto tra 56 Paesi nel mondo. I primi in classifica risultano Hong Kong e Singapore che se fossero considerate realtà non paragonabili all'Italia per territorio, popolazione e matrice istituzionale cederebbero il podio globale a Spagna e Italia.

Nelle più recenti pubblicazioni OECD⁵, in particolare in *Health at a Glance: Europe* (OECD, 2018) l'Italia risulta avere una spesa per la salute che

⁴ <https://www.bloomberg.com/europe>

⁵ L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) – in inglese Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) – è un'organizzazione internazionale di studi economici per i Paesi membri (35), Paesi sviluppati aventi in comune un'economia di mercato.

L'organizzazione svolge prevalentemente un ruolo di assemblea consultiva che consente un'occasione di confronto delle esperienze politiche, per la risoluzione dei problemi comuni, l'identificazione di pratiche commerciali e il coordinamento delle politiche locali e internazionali dei Paesi membri.

impatta sul PIL in maniera inferiore alla media rispetto ai Paesi OECD, con una spesa media pro-capite anch'essa inferiore alla media degli altri Paesi (€ 2773 media Paesi OECD vs € 2551 dell'Italia): questi due valori forniscono una indicazione macroeconomica di efficienza del sistema.

Abbiamo poi un'aspettativa di vita ben oltre la media dei Paesi EU, una percentuale di persone in stato di buona salute nella media e un'alta percentuale di persone a basso reddito in buona salute, che comprende il carattere universale e di accessibilità del SSN italiano.

I dati sono soddisfacenti anche sotto il profilo di qualità delle cure erogate, con ottime performance nella gestione degli eventi avversi ed elevati standard in termini di *outcome* nella cura di patologie tumorali.

Significativo punto di debolezza risiede nell'analisi dei tempi di attesa tra la richiesta e l'erogazione della prestazione sanitaria e nelle disuguaglianze territoriali per qualità e accesso alle cure.

È evidente che queste informazioni possono permettere di costruire un buon indicatore olistico di performance della sanità italiana, ma non consentono di analizzare nel dettaglio l'operato e i risultati conseguiti in sanità dai manager della sanità.

1.2 Regno Unito

1.2.1 Un quadro di insieme sul National Health Service

a cura di Marco Meneguzzo, Anna Conte, Vittorio Riccardi

Il Regno Unito, formato da Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord, conta una popolazione di 66,02 milioni di abitanti e impiega circa 5.882.000 *civil servants* (il 13,5% del totale dei lavoratori dipendenti britannici, dato quest'ultimo che colloca la Gran Bretagna al di sotto della Francia ma sopra l'Italia).

Il sistema sanitario nazionale (National Health Service – NHS) è finanziato attraverso la fiscalità generale secondo la logica proposta dal governo labourista del *free at the point of use*, ed è considerato il più importante gestore di servizi sanitari a livello internazionale. Il NHS con 1,7 milioni di dipendenti è, infatti, tra i primi dieci *datori di lavoro* a livello mondiale; il primo è una altra organizzazione pubblica, il Department of Defense statunitense, con più di 3 milioni di addetti.

Responsabile per il NHS è il *Department of Health (DoH)*, diretto dal Segretario di Stato per la Salute. Il DoH controlla tutte le attività del NHS attraverso le *England's Strategic Health Authorities (SHAs)* presenti sul territorio. Da precisare che Scozia, Galles e Irlanda del Nord gestiscono i loro servizi locali attraverso accordi diretti con il DoH.

Per svolgere la sua funzione di supporto del Ministero della Salute inglese, il DoH è strutturato in un Corporate Management Board, che comprende il

NHS Management Board and Executive Groups, e cinque commissioni focalizzate allo sviluppo e coordinamento delle principali aree di interesse: Audit Committee, Committee of the Regions, Corporate Management and Improvement Committee, Performance Committee, Policy Committee.

Il budget di spesa pianificato dal DoH per il periodo 2017/18 è di circa 124.7 miliardi di sterline (in Italia il budget programmato per la stessa destinazione nello stesso periodo ammonta a circa 113 miliardi di euro).

Per queste ragioni, andando ad analizzare quali strumenti il governo del Regno Unito ha messo in campo per lo sviluppo delle risorse umane, ed in particolare del management sanitario (impiega infatti 32.588 manager in sanità – dato 2017⁶), non si può non dare uno sguardo al contesto istituzionale-organizzativo della pubblica amministrazione in cui opera il NHS.

Nel modello britannico il ruolo e l'identità del civil service ha una collocazione chiara nel processo di sviluppo e miglioramento delle amministrazioni pubbliche. Lo schema di sintesi delineato dal Cabinet Office⁷ in collaborazione con l'HM Government⁸ colloca dietro la voce capacità e competenza, le azioni rivolte alle risorse umane e, in particolare, sottolinea lo sviluppo:

- di leadership: la necessità di supportare e motivare i lavoratori;
- delle risorse umane: attivazione di strategie per incentivare l'efficacia del lavoro attraverso percorsi *orientati* allo sviluppo dei lavoratori e delle loro abilità nonché attraverso la revisione dei ruoli e delle figure professionali;
- del sistema organizzativo: visto come l'esigenza di assicurare nel tempo il mantenimento e l'aggiornamento delle professionalità e la capacità di creare contesti collaborativi in grado di evolversi e stimolare il cambiamento.

Da sottolineare che il focus è sempre incentrato sul servizio e sulla capacità di incontrare e soddisfare le richieste dei cittadini/utenti: rivedere contenuti e ruoli del *civil servant* è necessario per ridefinire il sistema di erogazione e produzione.

Anche la riforma del sistema di bilancio pubblico ha spinto verso l'uso di uno strumento premiale (sistemi retributivi collegati alla *performance*) previa valutazione dei risultati raggiunti.

⁶ [https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_\(England\)](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_(England)).

⁷ Cabinet Office, 2006 *The UK Government's approach to public service reform*.

⁸ HM Government, Policy review, 2007 *Building on progress: public services*.

Infatti la *Spending Review*, del tutto paragonabile con le iniziative adottate nel nostro Paese nel 2014 (Revisione della Spesa – Commissione Cottarelli) e coerente con altre iniziative, adottate dai governi centrali di Francia, Germania, Austria e di alcuni Paesi scandinavi, distribuisce gli impegni dello Stato in una serie di *Public Service Agreements* – PSA con cui sono fissati obiettivi di performance assegnati a tutti i servizi pubblici e alle altre attività di governo⁹. All'interno dei PSA sono fissati gli obiettivi che il governo si prefigge su ogni specifica linea d'azione, in termini sia quantitativi sia qualitativi, nonché previsti sistemi di verifica e di supporto (per una presentazione delle diverse iniziative di spending review/controllo e revisione della spesa si veda *Government at a glance*, OECD, 2019).

Government at a glance dell'OECD, organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, ci fornisce anche un quadro aggiornato sulla fiducia e la soddisfazione della popolazione del Regno Unito nei confronti della PA e dei diversi settori di intervento pubblico. La Figura 3 rende conto del grado di soddisfazione dei cittadini del Regno Unito rispetto alla media registrata nei Paesi OCSE/OECD. Il settore sanitario presenta un indice di soddisfazione più elevato (78%) rispetto alla media del benchmark OECD (70%).

Sarà sicuramente interessante seguire l'evoluzione di questo indice di soddisfazione a seguito della emergenza pandemica e della differente capacità di risposta da parte dei diversi sistemi sanitari nazionali alla stessa.

I punti sui quali è stata articolata l'azione del Cabinet Office¹⁰ sono stati:

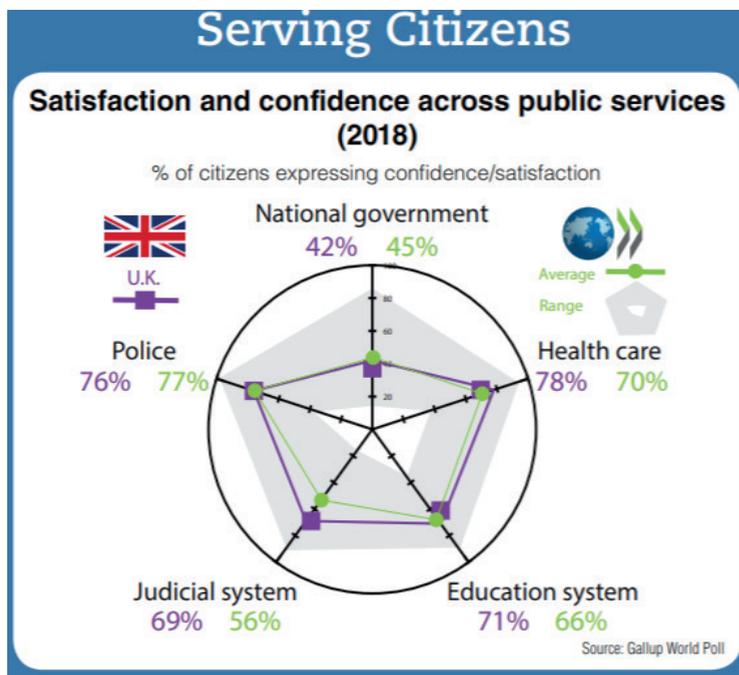
- leadership;
- sistema di carriera;
- sviluppo professionale;
- performance;
- professionalità.

In tema di sviluppo professionale un passo significativo è stato compiuto con il programma *Professional Skills for Government* (PSG), lanciato nel 2005: l'obiettivo è fare in modo che i dipendenti pubblici posseggano il giusto mix di competenze per portare a termine i loro compiti.

⁹ HM Treasury, *1998 Modern Public Service in Britain: investing in reform*.

¹⁰ Cabinet Office, *2004 Civil service reform: delivery and values*.

Figura 3. Grado di soddisfazione e fiducia verso il settore pubblico nel Regno Unito



Fonte: *Government at a glance*, OECD, 2019

Il quadro di riferimento del PSG ribadisce che il personale inserito nel livello 7 (paragonabile ai dirigenti, quadri intermedi e figure di middle management del nostro SSN) debba possedere quattro tipi di abilità e capacità:

- *leadership*, intesa come capacità di indicare i risultati e di portarli a compimento, senza dimenticare l'integrità dei valori;
- *core skills*: a prescindere dalla posizione nella scala gerarchica e dalla specializzazione della propria professione, tutti i quadri e i dirigenti della PA devono possedere capacità di analisi, di gestione finanziaria, delle risorse umane e di *project management*. In particolare, ai middle manager sono richieste capacità di comunicazione e marketing e di pensiero strategico (*strategic thinking*);
- *professional expertise*: attiene alle competenze specialistiche e tecniche richieste al personale. A tal proposito lo sviluppo delle risorse umane in Gran Bretagna si articola in due ambiti distinti: da un lato una piattaforma comune di conoscenze condivise a tutto il middle e top management, dall'altro la competenza tecnica curata dai dirigenti

interni, così prevedendo una struttura a matrice dello sviluppo professionale;

- esperienza in altri settori: il mix di esperienze (pubblico/privato, soprattutto) è fortemente incentivato, addirittura diviene requisito indispensabile per poter accedere al middle management.

Il *Cabinet Office* ha predisposto anche un programma per l'individuazione e la gestione degli alti potenziali, il *Fast Stream Programme*. Si tratta di un programma rivolto a personale che già lavora all'interno del settore pubblico e in parte a personale esterno alla PA e contrattualizzato *ad hoc*, entrambi riconosciuti come *talenti*, ai quali viene offerta l'opportunità di sviluppare il proprio potenziale al servizio del settore pubblico. Scopo ultimo del programma è quello di consentire una carriera più rapida (di fatto si crea una corsia preferenziale verso posizioni dirigenziali).

L'azione di riforma del governo britannico si conclude, idealmente, con una pervasiva attività di valutazione della capacità di cambiamento dei Dipartimenti. I *Capability reviews* intendono fornire una valutazione del grado di raggiungimento, per ciascuno dei Dipartimenti pubblici, delle capacità critiche necessarie a realizzare le quattro aree del modello di miglioramento dei servizi pubblici:

- capacità di leadership;
- sistemi di gestione dei servizi;
- capacità di risposta alle esigenze del pubblico;
- skill, abilità e competenze del personale per il percorso di riforma.

Per quanto riguarda lo sviluppo della formazione manageriale nel Regno Unito, dunque, l'attività formativa per i profili manageriali comprende programmi promossi a livello centrale dall'*Institute for Improvement and Innovation (NHS Improvement)*, finalizzati a sviluppare adeguate competenze di leadership e management per formare professionalità coerenti rispetto alle linee evolutive strategiche del NHS.

In particolare, il *NHS Improvement* ha creato un *Hub* di miglioramento attraverso il quale si può «to access improvement tools, resources and ideas from across the health sector and use the hub to collaborate and explore your ideas with colleagues, share your own improvement stories or tell us about improvement resources you've seen elsewhere»¹¹. In questo *Hub* una finestra è interamente dedicata alla forza lavoro, e non mancano i panel dedicati al miglioramento della qualità, al progresso delle prestazioni operative e allo sviluppo della gestione finanziaria e uso delle risorse.

¹¹ <https://improvement.nhs.uk/improvement-hub/>

I Programmi formativi dedicati ai profili manageriali sono sviluppati di concerto con il DoH, con le agenzie sanitarie locali e le Fondazioni ospedaliere accreditate dal programma.

Nel NHS non si registra la presenza di una normativa dedicata alla descrizione dei requisiti necessari per i ruoli di direzione generale. In un'ottica di sviluppo della leadership a livello di intero sistema, le caratteristiche richieste sono dettagliate da documenti quali il *NHS Plan and Shifting the Balance of Power*. Tali requisiti possono quindi essere principalmente dedotti dai requisiti di accesso ai programmi formativi di tipo *executive*, che a vario livello consentono l'ingresso dei candidati nei percorsi di carriera orientati alla dirigenza.

All'interno del NHS non sono presenti registri/albi dei direttori generali a livello sia centrale che regionale. Il principale esempio di forma di associazionismo di categoria è rintracciabile nell'*Institute of Director (IoD)*¹². Tuttavia, è rilevante il fatto che l'*Institute of Director* fornisca la possibilità di frequentare corsi di formazione che portano al raggiungimento di un diploma professionale che si configura come il primo passo per accedere alla *Chartered Director*¹³.

L'offerta formativa si compone di due programmi principali:

1. *Gateway to Leadership*: un programma di formazione riservato a senior manager con un profilo aziendale o clinico (si veda la figura successiva);
2. *NHS Graduate Management Training Skills*, che prevede quattro diversi percorsi:
 - Finance Management;
 - Health and Public Leadership;
 - Human Resources Management;
 - Informatics Management.

Per valutare la performance dei partecipanti ai vari programmi si fa riferimento al metodo della *performance on the job* dei partecipanti stessi. I soggetti selezionati sono affidati a un tutor di riferimento all'interno del contesto organizzativo nel quale sono inseriti.

L'impatto dei programmi formativi sulle modalità di selezione dei Direttori Generali e delle altre figure apicali previste per la guida delle strutture d'offerta del NHS viene ritenuto positivo, e il metodo prescelto per lo

¹² L'*Institute of Director* è un'associazione che prevede una rete professionale che copre tutti i settori economici. L'adesione allo IoD è lasciata all'iniziativa personale.

¹³ È la qualifica professionale dei dirigenti.

sviluppo delle competenze attraverso la formazione sul campo incontra l'alta soddisfazione dei partecipanti sia in termini di risultati ottenuti che in termini di progressi rapidi di carriera.

La positiva esperienza riportata è confermata dal ritorno degli investimenti formativi effettuati per sviluppare un sistema sanitario coerente con gli elementi di centralità del paziente nell'erogazione del servizio e con le capacità manageriali e di leadership dei dirigenti.

Tra le altre fonti per lo sviluppo della valorizzazione manageriale troviamo, inoltre, istituzioni rilevanti nel contesto anglosassone come *The Health Foundation*. Le Linee guida proposte da questa fondazione toccano anche temi relativi ai metodi di sviluppo della performance erogata ai vari livelli delle HR, per esempio:

1. *A framework for measuring and monitoring safety*¹⁴, una guida che mira a supportare le organizzazioni del NHS affinché applichino un sistema di misurazione e monitoraggio della sicurezza e che sottolinea la necessità di *Integration and learning*: troppo spesso il massimo sforzo viene dedicato alla raccolta e archiviazione di dati, mentre andrebbe implementato un sistema di segnalazione delle informazioni rilevanti. Sfida per il management in questo contesto è integrare il capitale di informazioni disponibili per trarre lezioni più ampie e diffondere l'apprendimento in tutta l'organizzazione. Uno strumento utile per far ciò è la produzione di *learning seminars* a cadenza regolare.
2. *Quality improvement made simple*¹⁵, una guida che parte dalla limitata attenzione riservata negli ultimi anni al miglioramento della qualità e declina questa funzione in termini di sicurezza, efficacia, *patient-centred*, tempestività, efficienza ed equità. Interessante che in questa guida, alla domanda «*Do we need a team of experts to lead quality improvement in our organisation?*» gli autori rispondano che «nonostante questi temi debbano essere destinati all'attenzione dell'intero staff (medico e non medico) i migliori risultati si sono avuti nelle esperienze in cui il personale di prima linea è stato supportato da facilitatori che hanno conoscenze e capacità nei metodi di miglioramento, negli approcci, strumenti e tecniche utilizzabili nella programmazione della capacità strutturale».

La quasi totalità delle istituzioni già citate, in collaborazione con altri partner, sono convenute tra il 2016 e il 2017 in una coalizione di team che ha dato vita al *National Improvement and Leadership Development Board* che aveva lo

¹⁴ <https://www.health.org.uk/publication/framework-measuring-and-monitoring-safety>

¹⁵ <https://www.health.org.uk/publication/quality-improvement-made-simple/>

scopo di «to be more connected with the system than ever before»¹⁶. Il Board è riuscito nel suo intento attraverso la redazione di una *Improvement guide* sui temi del cambiamento strategico, della cultura e della leadership. In questo documento si fa riferimento a cinque imprescindibili condizioni che costituiscono il quadro di riferimento nel quale può svilupparsi il miglioramento delle performance e la tensione all'eccellenza:

1. ai leader devono essere forniti gli strumenti e le partnership necessari per sviluppare la qualità dei sistemi sanitari e assistenziali locali;
2. il leader di ogni livello deve essere empatico, inclusivo ed efficace nel perseguire gli obiettivi dell'organizzazione; a tal fine può usufruire di tutta una serie di strumenti e metodi tra i quali includere la *Total Quality Management (TQM)*, il *Plan Do Study Act (PDSA)*, lo *Statistical Process Control*, il *Six Sigma*, il *Lean*, l'*Experienced-based Co-design*, la *Theory of Constraints*, e il *Business Process Re-engineering* (per una presentazione delle principali caratteristiche delle diverse tecniche e tools manageriali si veda *Key management models*, a cura di S. Ten Have, W. Ten Have, F. Stevens, 2003);
3. la conoscenza dei metodi e strumenti di miglioramento deve appartenere ai manager di tutti i livelli, che ne devono diffondere l'uso nell'intera organizzazione;
4. sono necessari sistemi di supporto all'apprendimento¹⁷, sia a livello locale, sia regionale, sia nazionale;
5. è necessaria una regolamentazione e una supervisione coerente, ma anche solidale e flessibile.

Inoltre è interessante notare come nella *scheda tecnica* di questo documento venga fatto riferimento ai temi del *Creating a culture of compassionate and inclusive leadership* e *Inspiring improvement across the NHS* e che nella scelta dei *subtitles* vi sia l'utilizzo della parola *compassionate* che in inglese sta a indicare il senso di *empatia* che necessariamente deve instaurarsi tra medico e paziente per un *outcome* ad ogni modo soddisfacente: *compassionate* ora intesa tra intero sistema e paziente.

Per completezza e maggiore precisione è necessario dare un rapido sguardo anche al *NHS Wales* (il Sistema Sanitario Nazionale del Galles) che

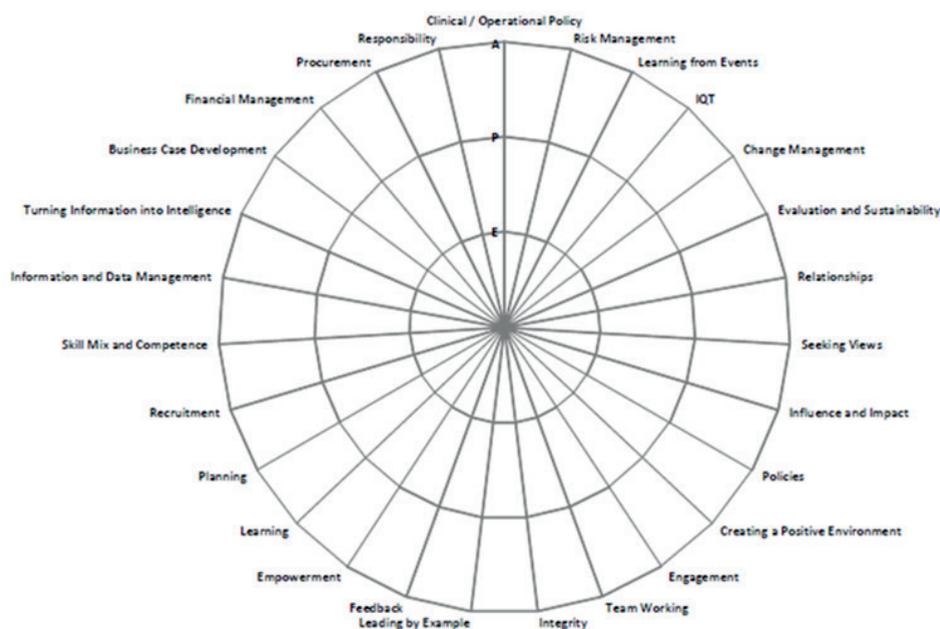
¹⁶ <https://improvement.nhs.uk/resources/connecting-with-the-system/>

¹⁷ Ci si riferisce qui ad ampi Database e a *knowledge-sharing systems*.

nel 2014 ha prodotto un prezioso documento¹⁸ di sintesi intitolato *NHS Wales Core Competence Framework for Managers and Supervisor*. I contenuti di questo documento possono essere raggruppati in tre cluster che gli anglosassoni definiscono *attivi: Making things better for people, Making things better for staff e Managing resources* (si veda la Figura 4).

Figura 4. Le competenze manageriali caratterizzanti nel NHS Galles

Plot your current level for each of the dimensions to identify your development needs as appropriate for your current job role and responsibilities



Fonte: NHS Wales Core Competence Framework for Managers and Supervisor 2014

Il secondo cluster rileva maggiormente ai fini della nostra analisi in quanto affronta i temi delle politiche per la creazione di un clima ambientale positivo, dell'*engagement*, del lavoro di gruppi, del *learning by doing*, del feedback propositivo e dell'*empowerment* attivando un percorso di sviluppo delle HR che passa dal *wellbeing* aziendale alla trasparenza e alla fiducia per avviare processi di sviluppo delle persone.

Per ogni tema trattato il modello propone specifici comportamenti, la necessità di implementare determinate skill e un certo livello di conoscenze; in

¹⁸ <http://www.financeacademy.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1084/Academi-NHSTeam-NHSWalesManagementCompetencyFramework2014FINAL.pdf>

base al grado di sviluppo ad ogni dimensione analizzata viene dato un giudizio tra *Entry* (E), *Progression* (P) e *Advanced* (A). I risultati ottenuti possono essere sintetizzati in un grafico radar in modo tale che siano immediatamente percettibili al manager le dimensioni che necessitano di miglioramento e responsabilizzazione.

Inoltre, anche per il Galles c'è chi si occupa di fare benchmarking interno: è *1000 Lives Improvement*, che provvede ad aggregare i vari programmi di miglioramento del servizio sanitario *territoriale* allo scopo di supportare le organizzazioni partner.

In Scozia, invece, questo compito spetta all'*Healthcare Improvement Scotland*¹⁹, un organismo che mira a «sostenere gli operatori sanitari al fine di fornire consulenza per il miglioramento della qualità (attraverso lo *Scottish Health Council* e lo *Scottish Health Technologies Group*), soluzioni *evidence-based* (attraverso lo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*), sicurezza, cure efficaci e centrate sulla persona».

Per completare il quadro degli strumenti di formazione e informazione al quale possono rivolgersi i manager inglesi è necessario far riferimento ad alcuni altri fattori.

Interessante è la serie di webinar che sta promuovendo proprio negli ultimi tempi il *NHS England's Sustainable Improvement Team* per «Facilitare il cambiamento su larga scala»²⁰; questi seminari online sono indirizzati «at all those working in health and care organisations who are facing large scale change challenges and all those interested in developing large scale change skills» e permettono ai manager di vari livelli di guadagnare crediti (CPD).

In tale contesto va anche menzionato il *King's Fund*²¹: molto impegnata nelle attività di consulenza ed erogazione di corsi di formazione, è una società di volontariato (o non-profit) attiva dal 1897 nella ricerca di *policy* per il costante miglioramento della erogazione dei servizi assistenziali e la diffusione della cultura del cambiamento.

Di fondamentale importanza nel contesto anglosassone sono, infine, le seguenti due piattaforme:

¹⁹ <http://www.healthcareimprovementscotland.org>

²⁰ <https://www.england.nhs.uk/sustainableimprovement/leading-large-scale-change/webinars/>

²¹ <https://www.kingsfund.org.uk>

- *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*²² – *Evidence Services*: piattaforma, questa, che permette l'accesso a un ampio spettro di servizi riguardanti la salute, l'assistenza sociale e le evidenze del sistema sanitario pubblico per consultare autorevoli casi studio e best-practice;
- *NHS Improving Quality (NHS IQ)*²³, che riunisce virtualmente le conoscenze relative a processi di miglioramento della qualità, competenze ed esperienze di tutto il NHS.

Lo stesso fa il *Social Care Institute for Excellence (SCIE)*²⁴, una agenzia indipendente che tra le altre collaborazioni annovera quella con il *NICE*.

1.2.2 *Il competency leadership framework*

a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino

Non siamo soli. Anche a livello internazionale cresce la contezza che è necessario investire nella formazione finalizzata allo sviluppo della leadership dei middle manager per le due stesse grandi ragioni che spingono l'Italia a riconoscere la centralità di questo tema.

La prima è che l'incremento della complessità delle attività e dei problemi all'interno delle Aziende sanitarie richiede una expertise sempre più tecnica anche nel processo di leadership.

La seconda è che esiste un'evidenza crescente della diretta proporzionalità tra la leadership dei middle manager e le performance dell'organizzazione.

Sulla base della consapevolezza che il supporto dei middle manager è imprescindibile per migliorare l'erogazione e l'efficacia dei servizi sanitari, nel Regno Unito è stato sviluppato un progetto con l'obiettivo di favorire la crescita e l'*engagement* dei middle manager nella gestione strategica dell'organizzazione.

A valle della ricerca è stato prodotto come *deliverable* il *leadership competency framework UK NHS*, un modello che contiene le competenze di leadership che i middle manager devono possedere per essere più attivamente coinvolti nella pianificazione, erogazione e trasformazione dei servizi sanitari.

²² <https://www.nice.org.uk/>

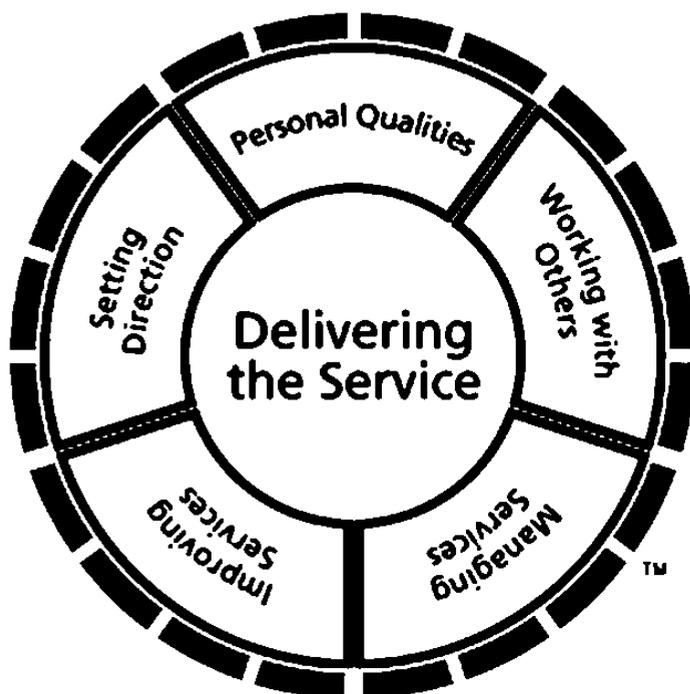
²³ <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150317163641/http://www.nhsiq.nhs.uk/>

²⁴ <https://www.scie.org.uk/about/>

Il framework può essere utilizzato per costruire i percorsi di formazione, carriera e sviluppo professionale, individuando punti di forza e aree di sviluppo anche tramite *self-assessment* e feedback dai colleghi.

Come rappresentato nella Figura 5, il framework è composto dalle seguenti cinque aree di competenza, qui di seguito approfondite.

Figura 5. Il competency leadership framework dell'UK NHS



Fonte: NHS Leadership Academy 2011

1. SVILUPPARE QUALITÀ PERSONALI

- *Self awareness*: dimostrare consapevolezza di sé, dei propri valori e di essere abili ad apprendere dalle esperienze;
- *Self management*: organizzare e gestire sé stessi tenendo conto anche delle necessità altrui;
- *Self development*: imparare partecipando ai processi di sviluppo, dall'esperienza e dai feedback;
- *Acting with integrity*: comportarsi in modo aperto ed etico.

2. LAVORARE CON GLI ALTRI

- *Sviluppare reti*: lavorare in partnership con colleghi e utenti dei servizi;
- *Costruire e mantenere relazioni*: ascoltare, supportare gli altri, guadagnarne la fiducia e mostrare comprensione verso di loro;
- *Incoraggiare la collaborazione*: creare un ambiente dove agli altri venga data la possibilità di contribuire positivamente;
- *Lavorare in team*: erogare e migliorare i servizi.

3. GESTIRE I SERVIZI

- *Pianificare*: contribuire attivamente a pianificare per raggiungere gli obiettivi dei servizi;
- *Gestire le risorse*: accertarsi che le risorse vengano utilizzate in maniera efficiente e sicura;
- *Gestire le persone*: fornire la direzione, rivedere le performance e motivare gli altri;
- *Gestire le performance*: ritenere sé stessi e gli altri responsabili dei risultati del servizio.

4. MIGLIORARE I SERVIZI

- *Assicurare la safety dei pazienti*: gestire eventuali rischi dei pazienti legati al miglioramento dei servizi;
- *Valutare criticamente*: essere dotati di pensiero analitico e identificare dove i servizi possono essere migliorati;
- *Incoraggiare l'innovazione*: creare un processo di miglioramento continuo dei servizi;
- *Facilitare le trasformazioni*: contribuire attivamente a cambiare i processi affinché guidino il miglioramento degli esiti di salute.

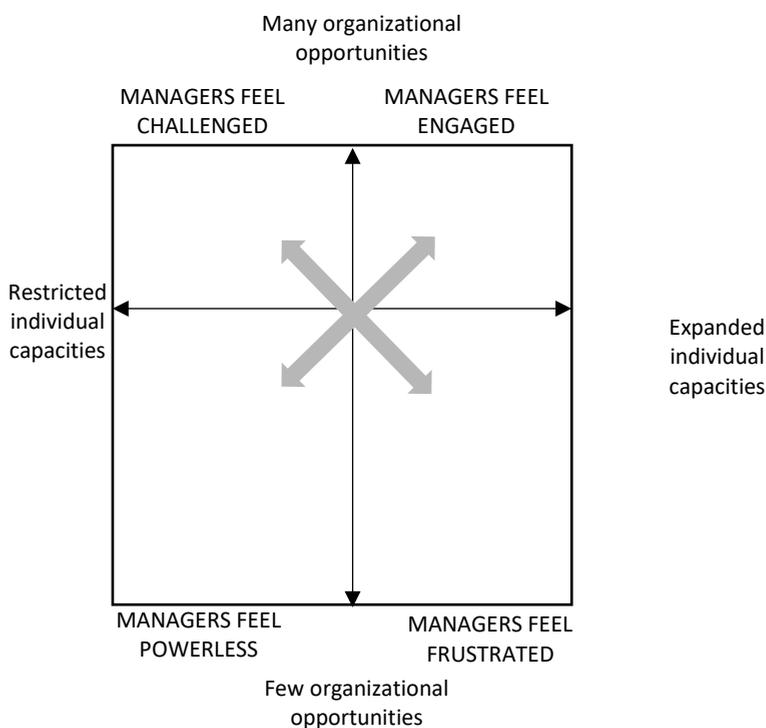
5. INDIVIDUARE LA DIREZIONE DI SVILUPPO

- *Identificare i contesti per il cambiamento*: essere consapevoli del range di fattori del quale tenere conto per attuare il cambiamento;
- *Applicare conoscenza ed evidenza*: identificare opportunità per il miglioramento dei servizi attraverso informazioni *evidence-based*;
- *Prendere decisioni*: integrare i valori con le evidenze per informare le decisioni;
- *Valutare l'impatto*: misurare e valutare gli *outcomes*, mettendo in atto azioni correttive laddove necessario.

Il modello tiene conto anche dello *stadio di carriera*: i futuri middle manager non ancora laureati potranno essere formati più sul miglioramento delle qualità personali e sul lavoro in team. I post laureati potranno essere formati su tutte le aree, con meno enfasi sull'individuazione della direzione di sviluppo, mentre i profili più senior potranno essere formati e valutati su tutte le dimensioni.

È stato, inoltre, creato un modello di *engagement* (coinvolgimento) espresso tramite la matrice di seguito presentata, in cui sull'asse delle ascisse ci sono le capacità individuali e su quello delle ordinate le opportunità fornite dall'organizzazione.

Figura 6. L'engagement model dell'UK NHS



Fonte: NHS Leadership Academy 2011

Secondo questa rappresentazione schematica, nel quadrante in basso a sinistra (scarse capacità dei manager e scarse opportunità da parte dell'organizzazione) i middle manager si sentono *senza potere*, nel quadrante in basso a destra in cui le capacità individuali sono elevate ma le risorse messe a disposizione dall'organizzazione sono scarse, i manager si sentono frustrati.

Viceversa, nel quadrante in alto a sinistra in cui le capacità personali sono scarse ma l'organizzazione mette a disposizione le risorse, i middle manager sono sfidati e stimolati a potenziare le proprie capacità, e nel quadrante in alto a destra con elevate capacità individuali e opportunità date dall'organizzazione i manager si sentono nella condizione ideale del modello, ovvero quella di *engaged*. Il modello stesso richiama e si collega alla teoria AMO, cioè quella per cui il meglio del potenziale di una persona si esprime quando coesistono Abilità, Motivazione e Opportunità.

Il modello prevede anche una scala di *engagement* formata da 5 livelli:

LIVELLO CRESCENTE
DI ENGAGEMENT

- *Excluded*: i middle manager non sono parte del processo di management e confinano la loro attività al loro ruolo tradizionale.
- *Expectant*: i middle manager comprendono l'importanza di essere coinvolti nell'agenda del management.
- *Energised*: i middle manager hanno voglia di essere coinvolti nella pianificazione, disegno e fornitura dei servizi.
- *Expanded*: il ruolo tradizionale del middle manager si amplia per abbracciare alcuni aspetti di gestione dell'assistenza sanitaria
- *Embedded*: i middle manager sono pienamente coinvolti a tutti i livelli nel guidare la progettazione e fornitura di servizi di innovazione.

Ricerche come quella NHS UK appena descritta forniscono utili spunti per lo sviluppo di politiche e azioni per incoraggiare i middle manager a essere maggiormente coinvolti nella pianificazione, erogazione e trasformazione dei servizi, per far sì che essi acquisiscano consapevolezza di ruolo, per creare a livello di sistema sanitario una cultura di *engagement* e per poter costruire percorsi formativi più mirati ed efficaci che tengano conto delle attitudini, del background, degli stadi di carriera e del ruolo. La ricerca presentata in questo contributo ha evidenti punti di contatto con l'esperienza UK e quella più ampia internazionale e si inserisce in tale discorso e prospettiva di sviluppo delle capacità manageriali nelle Aziende sanitarie.

1.3 Francia

a cura di Marco Meneguzzo, Anna Conte, Chiara Fantauzzi, Vittorio Riccardi

Il sistema sanitario francese si posiziona al di sopra della media delle nazioni OCSE, conseguendo buoni risultati in termini di qualità del servizio e accesso alle cure (OCSE 2016). La popolazione francese ha un buon livello di salute, con la seconda più alta aspettativa di vita al mondo per le donne (85,6 anni) e un alto livello di soddisfazione per il sistema sanitario.

Il finanziamento pubblico della spesa sanitaria è tra i più alti in Europa. L'assistenza sanitaria si basa su un doppio sistema di assicurazione che comprende:

- un sistema di assicurazione statutaria basato sulla CNAM (*Caisse Nationale Assurance Maladie*), finanziata dai contributi dei dipendenti, dei datori di lavoro e attraverso la tassazione, che copre attualmente il 99,9% della popolazione residente;
- un'assicurazione volontaria (le *mutuelles*), con un ruolo complementare, fornita da enti mutualistici e assicuratori privati.

La CNAM, con 2200 dipendenti, è il centro di una rete che gestisce il regime di assicurazione sanitaria obbligatoria in Francia; opera come agenzia pubblica a carattere amministrativo (*établissement public de droit administratif*) sotto il duplice indirizzo del Ministero della Solidarietà sociale e della Salute e del Ministero della Economia e delle Finanze. Con la riforma del 2004 sono state affidate alle CNAM nuove responsabilità in materia di regolazione del sistema sanitario, con una molteplicità di missioni e una attenzione alla gestione dei rischi.

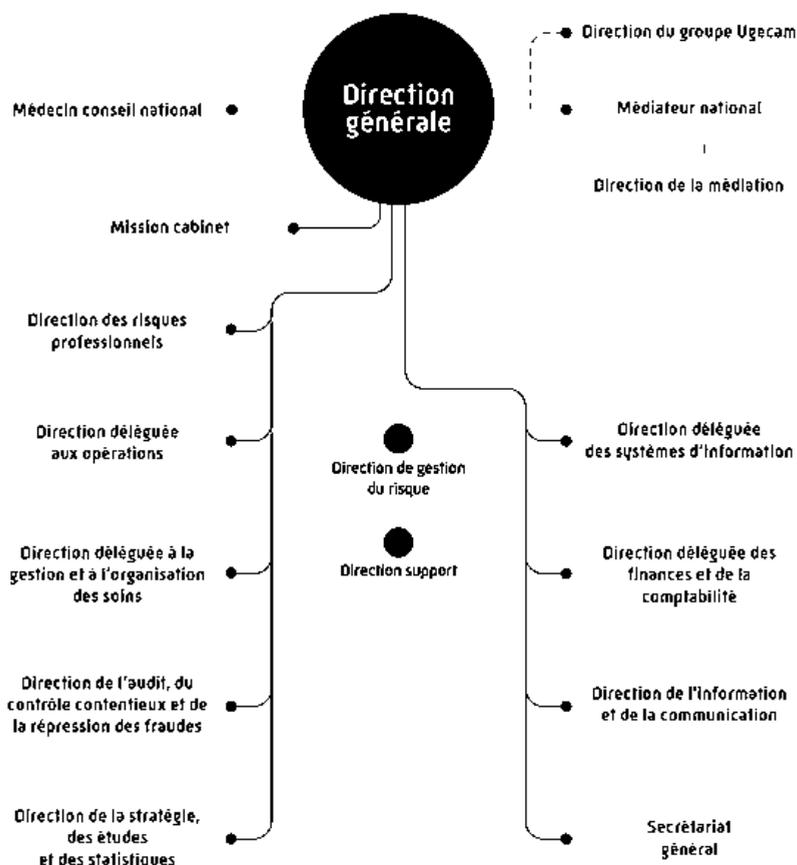
Nella Figura 7 viene presentato il modello organizzativo e di funzionamento della CNAM.

La CNAM opera in base a un contratto di mandato con il governo francese per il periodo 2018-2022.

L'accesso al sistema di assicurazione statutaria è, dunque, acquisito attraverso l'attività lavorativa, oppure concesso dallo Stato nei confronti di coloro che hanno perso l'impiego, agli studenti e ai pensionati. A seguito delle recenti riforme l'accesso alle cure è esteso anche a chi non ha diritto all'assicurazione, come coloro che non hanno mai lavorato o che si trovano in una situazione di disoccupazione da più di due anni.

La gestione del sistema sanitario è suddivisa tra Stato e CNAM Sicurezza sociale. Dalla metà degli anni Novanta, le riforme hanno mirato a devolvere il potere dal livello nazionale a quello regionale, in particolare per quanto riguarda la pianificazione. Sono state create istituzioni regionali per rappresentare i principali attori: la CNAM, lo Stato, i professionisti della salute e gli attori della salute pubblica. Per migliorare la governance del sistema, la reattività ai bisogni e l'efficienza, la Legge n. 879 del 21 luglio 2009 relativa alla riforma del sistema ospedaliero e ai pazienti, alla salute e ai territori (nota come *Legge HPST*) ha fuso la maggior parte di queste istituzioni in un'unica agenzia sanitaria regionale (*Agence Régionale de Santé – ARS*).

Figura 7. Governance e modello organizzativo della CNAM



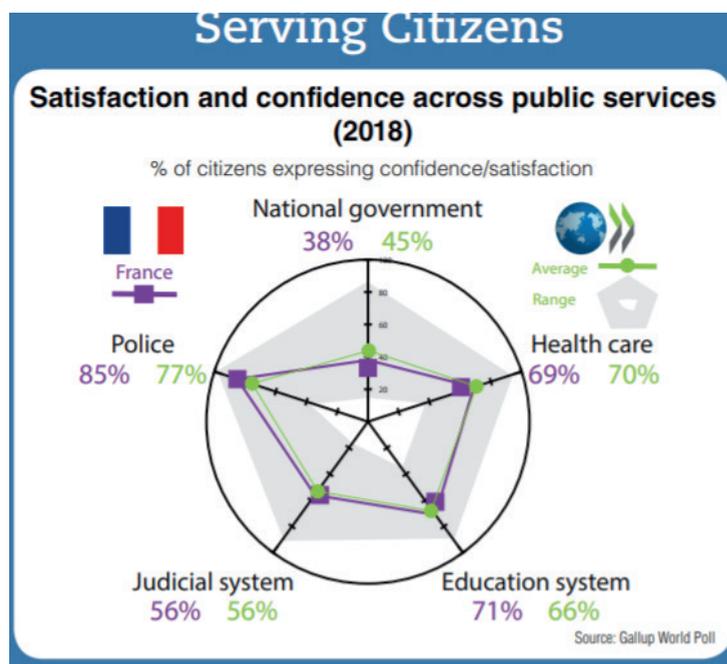
Fonte: Caisse nationale assurance maladie 2018

La *ARS* mira a garantire che l'assistenza sanitaria soddisfi i bisogni della popolazione migliorando i collegamenti tra i settori ambulatoriale e ospedaliero e tra i servizi del settore sanitario e dell'assistenza sociale, pur rispettando i limiti della spesa sanitaria nazionale. Per svolgere le proprie funzioni, le 27 Agenzie si avvalgono del Programma Regionale di Sanità (PRS), assimilabile ai nostri Piani sanitari regionali, con una versione più leggera e caratterizzati dal modello della governance pubblica, che identifica, in coerenza con le strategie nazionali e nel rispetto delle risorse attribuite, gli obiettivi di ciascuna agenzia per il successivo quinquennio e le misure necessarie a realizzarli.

Come già fatto in precedenza per il Regno Unito, è interessante e utile presentare anche per la Francia i dati relativi alla fiducia e soddisfazione della popolazione nei confronti della PA e dei diversi settori di intervento pubblico, facendo sempre riferimento a *Government at a glance 2019* dell'OECD/ OCSE.

A fronte di brillanti risultati della Polizia e sicurezza e del sistema di educazione, il settore sanitario si presenta con un indice di soddisfazione leggermente inferiore alla media dei Paesi OCSE.

Figura 8. Grado di soddisfazione e fiducia verso il settore pubblico in Francia



Fonte: *Government at a glance*, OECD, 2019

Per quanto riguarda l'ambito maggiormente operativo-gestionale, rivolto alla valorizzazione delle competenze delle risorse umane, partiamo dal presupposto che circa il 5,3% della popolazione francese lavora nel settore dell'assistenza sanitaria. Il numero degli operatori del sistema sanitario è nella media degli altri Paesi europei (319 medici e 1000 infermieri ogni 100.000 abitanti, contro 347 medici e 850 infermieri per l'UE nel suo insieme). Tuttavia, la presenza degli operatori sanitari non è diffusa uniformemente all'interno del Paese, facendo registrare una più alta densità nelle regioni parigine e sud-orientale (Île-de-France e Provence-Alpes-Côte-d'Azur), seguite dalle altre regioni

meridionali. Il problema è particolarmente evidente con riferimento ai medici specialisti, per i quali esiste una differenza di otto volte tra le regioni con la più bassa e la più alta presenza (Chevreul *et al.* 2015).

Le capacità e le competenze del personale medico e manageriale sono cruciali per un'assistenza sanitaria di alta qualità. In questa prospettiva, i dirigenti svolgono un ruolo chiave nell'identificare il gap di competenze, individuare e diffondere le *best practices* e progettare correttamente la gestione del servizio sanitario.

La Francia negli ultimi anni ha intrapreso un processo di cambiamento culturale, per garantire che ogni professionista medico sia sottoposto a programmi di sviluppo delle competenze e apprendimento continui e che ogni risorsa umana non medica abbia quelle competenze che permettano di espletare al meglio le proprie missioni.

Come dichiarato dall'articolo 11 del Codice di Deontologia Medica, ogni medico deve mantenere e perfezionare la sua conoscenza; deve intraprendere tutte le azioni necessarie per partecipare alle attività di formazione continua, e partecipa alla valutazione delle pratiche professionali.

Anche in Francia è, dunque, previsto per legge quello che in Italia è identificato come sviluppo professionale continuo.

Analizzando i requisiti formativi richiesti al personale non medico per accedere alle funzioni direttive sanitarie, emerge l'importanza che la Francia attribuisce alle figure che compongono il middle e il top management.

In particolare, i middle manager hanno la funzione di raggiungere gli obiettivi prefissati e gestire i processi e le risorse fisiche e umane delle amministrazioni sanitarie, e altre funzioni che, facendo leva sulla valorizzazione e la gestione delle competenze e sul presidio dei meccanismi interni, permettono di migliorare la performance del comparto sanitario.

Il fabbisogno formativo ricercato nel middle management della sanità francese può essere riassunto come di seguito:

- capacità nella gestione del personale, nella risoluzione dei conflitti e nella valorizzazione del capitale intellettuale, attraverso strumenti che incoraggino all'azione, sia individuale che collettiva, e al progresso;
- abilità nell'individuazione dei bisogni dei membri del team e nella stimolazione e sviluppo professionale di ciascuna risorsa, anche attraverso la strutturazione di appositi sistemi premianti;
- capacità nell'implementazione di adeguati programmi di sviluppo continuo delle competenze dei professionisti (CDP);
- buona conoscenza del quadro normativo e regolamentativo;
- skill trasversali come leadership, *team building*, *team working*, comunicazione e abilità nel creare una vera e propria cultura aziendale.

In particolare, si ricerca uno stato d'animo positivo, sistemico, orientato alla soluzione;

- abilità nello sviluppo di approcci di gestione innovativi che permettano di migliorare l'offerta sanitaria (come per esempio applicando il concetto del *Design Thinking* alla salute, ossia partendo dall'esperienza del paziente e attraverso un processo di co-creazione, esso si propone di creare soluzioni innovative e rapidamente operative).

Le strutture sanitarie affrontano un intenso bisogno di formazione e aggiornamento del know-how delle loro risorse e la numerosa offerta di programmi formativi da parte di diversi enti indipendenti (come il *CNEH*, l'*EHESP*, il *Centre National de la Formation Conseil en Entreprise* ecc.), dimostra come il Paese stia cercando di investire in queste figure per avere un'offerta sanitaria competitiva e in costante evoluzione.

Tra queste ricordiamo la *EHESP* (www.ehesp.fr), con più di 11 ambiti nella formazione continua, uno dei quali riguarda risorse umane, dialogo sociale e qualità della vita sul posto di lavoro e il *Centre nationale sur l'expertise hospitaliere* (www.cneh.fr) con programmi executive nel campo del management, della leadership e della gestione delle risorse umane.

La formazione manageriale dei dirigenti, infatti, è delegata per legge all'*Ecole des hautes étude en Santé publique (EHESP)*, che si pone l'obiettivo di fornire alla Francia un'eccezionale scuola di sanità pubblica riconosciuta a livello internazionale. I requisiti d'ingresso ai programmi formativi attivati dall'*EHESP* sono gli stessi che consentono, una volta completato il ciclo formativo, di ricoprire incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie pubbliche. Prima dell'inizio del ciclo formativo i candidati devono sottoscrivere un contratto in una struttura ospedaliera per 10 anni, ma solo al superamento della prova finale possono scegliere il posto assegnato dalla classifica che viene redatta dal Ministero della Sanità.

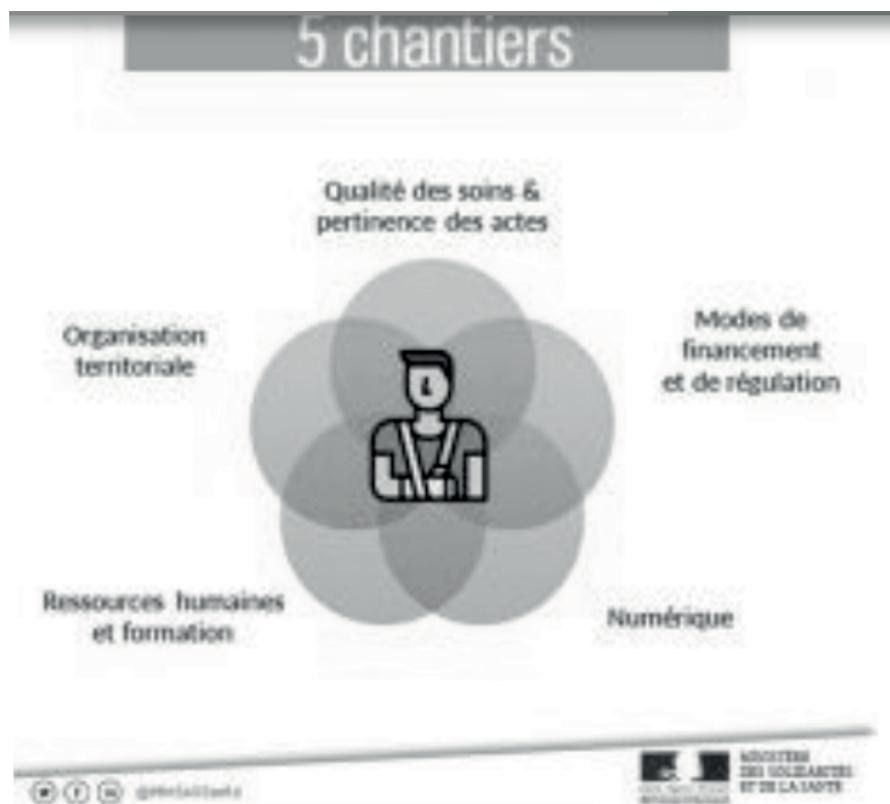
In Francia, quindi, il programma di formazione manageriale è erogato in modalità *executive*, con una durata media di due anni. La selezione dei futuri dirigenti non avviene come in Italia attraverso un albo, ma nella fase stessa di accesso ai programmi formativi (selezione molto rigida), che sono composti da una fase didattica e una fase intensiva di stage. Quindi, a differenza della situazione italiana, la Francia sembra preferire l'utilizzo di piani formativi svolti su scala nazionale e che, perciò, vanno a uniformare le competenze e le capacità dei manager a livello nazionale.

Anche in Francia la figura alla quale un middle manager può aspirare come apice di carriera è rappresentata dal direttore ospedaliero del settore pubblico.

All'interno della mission generale attribuita alle Agenzie regionali di sanità (*Agir pour la santé de tous*) sono stati identificati cinque principali

cantieri, presentati nella Figura 9, tra i quali assumono particolare rilevanza la gestione delle risorse umane e la formazione.

Figura 9. I 5 cantieri della modernizzazione per il sistema delle ARS



Fonte: Ministero della Solidarietà sociale e della Salute 2015

Molto interessante è il documento di indirizzo sull'ambito delle risorse umane e della formazione, denominato come *trasformazione delle condizioni di svolgimento dei mestieri per la comunità ospedaliera*; si parla, quindi, di mestieri, in linea con le logiche di *skill management* e di *comunità ospedaliera*, invece che di organizzazioni/Aziende /Agenzie.

Per rispondere a un sistema ospedaliero «bloccato e frammentato» sono state individuate numerose leve di intervento. Un primo gruppo fa riferimento all'alleggerimento dei carichi di lavoro amministrativi del personale medico e curante, alla riduzione della regolamentazione per la cooperazione interprofessionale e allo sviluppo della autonomia delle équipes.

Viene poi dato spazio al rafforzamento delle competenze manageriali (si parla di management, cultura e legittimità) e alla individuazione di logiche di evoluzione dei percorsi professionali, con particolare attenzione ai responsabili di dipartimento/servizio e ai responsabili di polo ospedaliero.

Infine sempre in coerenza con la maggiore attenzione alle professionalità sanitarie, alle skill e alle capacità professionali, si segnala la necessità di rafforzare la partecipazione e il coinvolgimento dei medici nelle strutture di direzione degli ospedali (MA santé 2022 – Rapport final, *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*, 2018).

1.4 Svizzera

a cura di Marco Meneguzzo, Vittorio Riccardi

La Svizzera o Confederazione Elvetica è uno Stato federale composto da 26 cantoni autonomi. Il territorio è suddiviso in tre grandi regioni linguistiche e culturali: tedesca, francese, italiana, a cui vanno aggiunte le valli del Canton Grigioni in cui si parla il romancio. Tedesco, francese e italiano sono lingue ufficiali e nazionali.

Conta una popolazione di 8.482.152 abitanti, il pubblico impiego è diviso tra livello federale (36.000 ca unità FTE), livello cantonale (190.000 unità FTE) e livello comunale (92.000 ca unità FTE). Vi sono, inoltre, numerose imprese pubbliche e agenzie (circa 198.000 unità FTE – dati 2015; si veda IIAS Palgrave, *Swiss Public Administration Making the State works successfully*, 2018).

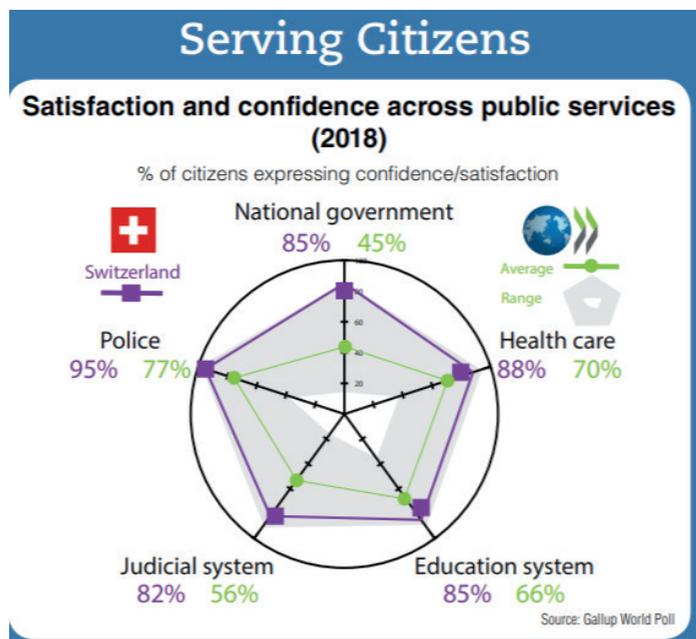
La PA svizzera gode del più elevato grado di fiducia e confidenza della popolazione, rispetto agli altri Paesi OECD/OCSE. Come illustra la Figura 9, per PA centrale e per i diversi settori di intervento la Svizzera presenta livelli di soddisfazione molto alti.

Nel settore sanitario il grado di fiducia è pari all'88%, largamente superiore alla media dei Paesi OECD/OCSE (70%).

Ciononostante, l'*Euro Health Consumer Index* sviluppato da *Health Consumer Powerhouse*, che dal 2005 confronta i sistemi sanitari di 35 Paesi europei su 46 indicatori, assegna anche nel 2017 alla Svizzera la medaglia d'argento (quella d'oro è da anni assegnata all'Olanda) con 898 punti su 1000.

La Svizzera è al primo posto, tra i vari parametri di valutazione, nell'accessibilità ai servizi (per esempio, per quanto riguarda le liste d'attesa, posizione condivisa con la Danimarca) e nei risultati di salute (per esempio, per mortalità evitabile e sopravvivenza in caso di tumori, posizione condivisa con Olanda, Norvegia e Islanda).

Figura 9. Grado di soddisfazione e fiducia verso il settore pubblico in Svizzera



Fonte: *Government at a glance*, OECD, 2019

Il sistema sanitario è un misto tra controllo statale e libera concorrenza: le casse malati private operano su un mercato fortemente regolamentato (LAMAL, legge assicurazione malattie) e sottoposto al controllo del popolo attraverso referendum. A titolo di esempio, le proposte di istituzione di una cassa malati unica, sotto il controllo pubblico, sono state respinte in sede referendaria.

Il sistema elvetico si basa su un modello assicurativo di tipo privato, che poggia su alcuni principi a valenza sociale, come a) l'obbligatorietà per tutti i cittadini d'assicurarsi; b) premi *pro capite* regolamentati e indipendenti dal rischio individuale (differenza tra casse e Cantoni); c) il versamento ai cittadini meno abbienti di sussidi statali per il pagamento dei premi dell'assicurazione malattia. Punto cruciale del sistema sanitario elvetico è il ruolo attribuito alla concorrenza (*managed competition*) tra casse malati quale fattore incentivante l'efficienza e capace di stimolare un certo livello di competizione tra i fornitori di servizi (Crivelli e Filippini 2003). Per coprire il fabbisogno di cure ospedaliere ordinarie per la popolazione residente, i Cantoni sono tenuti a effettuare una pianificazione ospedaliera. Basandosi su quest'ultima, inseriscono nel loro elenco le strutture ospedaliere necessarie per assicurare l'offerta prevista. Nell'elenco degli ospedali di un Cantone possono figurare sia gli ospedali del proprio Cantone sia quelli di altri Cantoni. Le risorse per far funzionare il

sistema sanitario svizzero provengono in parti quasi uguali da tre fonti: la fiscalità generale, i premi assicurativi e il contributo privato dei cittadini.

La Svizzera si situa al secondo posto a livello mondiale per quel che concerne le spese sanitarie *pro capite*, calcolate a parità di potere d'acquisto e per il loro incremento, nonché per la quota delle spese sanitarie complessive sul PIL. Solo negli Stati Uniti si spende di più. Quello sanitario è uno dei settori più rilevanti dell'economia svizzera. Ne risulta che, pur essendoci ancora margini per migliorare la qualità, i costi sono tra i più elevati. Nei prossimi anni il rapporto tra prezzi e prestazioni dovrà quindi essere indubbiamente ottimizzato. La spinta all'innovazione in diversi ambiti, dalla genetica, alla gestione di materiali e alla tecnologia dell'informazione e comunicazione, proviene dalla domanda del sistema sanitario e genera a sua volta nuova domanda di prestazioni sanitarie.

In particolare, il riorientamento dei sistemi di finanziamento verso sistemi dipendenti dalle prestazioni, abbinato al progresso della medicina degli ultimi anni, ha fatto ridurre sensibilmente la degenza media e ha provocato uno spostamento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, riducendo così ulteriormente la durata media del trattamento e la necessaria capacità di posti letto.

I Cantoni hanno ampie competenze e responsabilità in diverse aree:

- a. il governo della rete ospedaliera (dei 293 ospedali in tutta la Svizzera, 133 sono pubblici/privati non-profit e 160 privati for-profit), che comprende il finanziamento di circa il 50% del costo di tutti i ricoveri (le compagnie assicurative pagano il resto);
- b. l'amministrazione dei sussidi per consentire l'acquisto delle polizze assicurative ai cittadini con reddito medio-basso (37% della popolazione);
- c. la concessione della licenza a esercitare la professione autonoma a medici e altri operatori sanitari;
- d. gli interventi di prevenzione e sanità pubblica (in collaborazione con il Governo federale e i Comuni).

L'area di maggiore responsabilità dei Comuni è quella dell'assistenza residenziale e domiciliare agli anziani e ai gruppi più vulnerabili. I Comuni più grandi o Comuni associati possono gestire ospedali di loro proprietà.

Le risorse per far funzionare il costoso sistema sanitario svizzero provengono in parti quasi uguali da tre fonti: la fiscalità generale, i premi assicurativi e il contributo privato dei cittadini.

La spesa sanitaria totale risulta così suddivisa in termini percentuali:

- spesa governativa: 20,3%;
- spesa delle assicurazioni: 46,5%;
- spesa privata: 33,2.

Il 33,2% della spesa privata si compone di due diverse voci: 26,0% di spesa diretta (*out-of-pocket*) per il pagamento di franchigie e ticket; 7,2% per acquisto di assicurazioni private per ottenere prestazioni non incluse nel pacchetto assicurativo standard.

In Svizzera sono presenti 61 compagnie assicurative che offrono una varietà di piani assicurativi. Poiché questi cambiano da Cantone a Cantone, è stato calcolato che sul mercato c'è un'offerta di ben 287mila differenti polizze assicurative.

La riforma del 2003 ha profondamente cambiato le natura delle assicurazioni sanitarie, consentendo loro di adottare metodi di *managed-care*, simili a quelle americane: ovvero l'assicurazione diventa anche gestore dei servizi sanitari per i propri iscritti e non si limita, come nelle forme assicurative tradizionali, al rimborso delle spese sostenute. Le assicurazioni *managed-care* generalmente hanno prezzi più bassi, franchigie più alte e tendono a limitare la libertà di scelta del professionista e del luogo di cura.

I prezzi che i medici o altri fornitori di prestazioni possono applicare sono definiti nell'ambito di convenzioni tariffali, dalle leggi o dalle autorità. Le tariffe variano da settore ambulatoriale a quello ospedaliero e sono aggiornate da *FMH Swiss Medical Association*. Nel settore ambulatoriale sono attualmente valide le tariffe di prestazione individuale raccolte nel sistema *Tarmed*, nel settore delle strutture ospedaliere, invece, si applicano le tariffe forfetarie di *SwissDRG*.

Figura 10. Sfide, obiettivi e orientamenti della Sanità, Gesundheit Santé Sanitat 2030



Fonte: Consiglio Federale Confederazione Elvetica 2019

Giungiamo a questo punto a dare uno sguardo al tema della formazione del personale in un sistema, almeno apparentemente, molto diverso da quello italiano.

Come accennato *infra*, la Svizzera risulta al primo posto nel *Global Talent Competitive Index*.

L'eccellenza Svizzera nella formazione del personale destinato a posizioni di middle e top management ha origine e allo stesso tempo trova terreno fertile nelle scelte strategiche, nei modelli organizzativi e nelle logiche di funzionamento.

Vediamo dunque come si sviluppa il percorso di formazione dei manager elvetici.

Va innanzitutto messa in evidenza la presenza di un importante *player*, rappresentato dalla Associazione Svizzera dei Quadri. L'ASQ, con 12.000 associati, è un'organizzazione di diritto privato e ha la forma giuridica di un'associazione e che si articola su gruppi di base, che comprendono le 21 Regioni e i 3 gruppi professionali nazionali, a loro volta guidati da un Comitato. Dal 2009 l'ASQ/ASC/SKO è membro dell'Associazione europea di tutte associazioni di quadri, CEC, *Confederazione Europea dei Manager*.

Ruolo significativo, sempre sul tema delle competenze e delle skill viene giocato da *Swiss Skills*, che ha individuato un portafoglio di competenze per 185 profili/mestieri, tra cui quelli relativi al settore sanitario e socio-sanitario.

La formazione in entrata è affidata alle Università. In particolare, attore importante per la formazione della PA è il polo svizzero (costituito nel 2006), *Swiss Public Administration Network* (SPAN), una cooperazione tra l'*Institut de Hautes Études en Administration Publique* (IDHEAP) e le Università di Berna, Losanna e della Svizzera italiana. All'interno dei corsi offerti dalle Università viene seguito un approccio multidisciplinare che unisce scienze umane e sociali come diritto, economia, management e scienze politiche.

Le università aderenti a SPAN rispondono a tre principali mission rappresentate dall'insegnamento (Master, Dottorati, programmi di formazione continua), ricerca e consulenza per conto delle pubbliche amministrazioni, di organizzazioni pubbliche o quasi pubbliche.

Attore chiave della formazione manageriale in sanità, sempre a livello universitario, ma profondamente focalizzato sul settore sanitario, è la *Swiss School of Public Health*²⁵ (SSPH+), una Fondazione svizzera di matrice formativo-educativa che dedica la propria ricerca al tema della salute pubblica e riunisce le competenze accademiche di sanità pubblica disponibili nelle università svizzere (Basilea, Berna, Ginevra, Losanna, Lucerna, Neuchâtel, Svizzera italiana e Zurigo). SSPH+ si basa sulla visione che la salute pubblica

²⁵ www.sspplus.ch, Swiss School of Public Health - A Foundation of Swiss Universities

è un campo scientifico e professionale, modellato da una vasta gamma di discipline. Per questo la sua caratteristica *facoltà inter-universitaria virtuale* fornisce una base da cui rafforzare la salute pubblica riunendo oltre 150 professori di scienze della salute pubblica in tutta la Svizzera.

In quanto istituzione accademica leader in Svizzera per la salute pubblica e punto focale del tema a livello accademico, anche per i suoi numerosi partner nazionali e internazionali, la *SSPH+* ha un impatto sostanziale sulla salute della popolazione e sulle politiche nazionali attraverso la formazione, lo sviluppo delle capacità, la ricerca e l'esperienza.

Ruolo molto importante nella mission di *SSPH+* è assunto dal rafforzamento del legame tra ricerca e pratica e dalla promozione di partenariati tra le diverse Università, finalizzati a identificare e affrontare le sfide attuali e future in materia di salute pubblica e influenzare la ricerca, la formazione e il processo decisionale. *SSPH+* si propone come *ente facilitatore* nello scambio informativo e nel dibattito tra gli attori della salute pubblica. Il tutto avendo particolarmente chiaro l'obiettivo della sostenibilità del sistema e dando grande visibilità ai temi della salute pubblica in svizzera.

Inserito nella rete di *SSPH+* nella Svizzera italiana è il Master Executive Net-MEGS²⁶, avviato nel 1999 e con una rete di alunni di circa 300 tra medici, *professional* e quadri amministrativi che operano nel settore sanitario e sociosanitario.

Nel 2017 è stato avviato *Swiss Learning Health System (SLHS)*²⁷: un progetto di collaborazione tra l'USI e altre cinque istituzioni (le Università di Basilea, Lucerna, Neuchâtel e Zurigo, e le SUP della Svizzera Italiana e di Zurigo) per creare una piattaforma nazionale di ricerca e pratica finalizzata a favorire il dialogo tra i diversi stakeholders per sviluppare e integrare soluzioni alle sfide, presenti e future, del sistema sanitario svizzero. Tra i suoi compiti rientrano, tra l'altro, il coordinamento della raccolta di sintesi delle evidenze, dei *Policy Brief* e degli *Stakeholder Dialogues*, l'organizzazione dei corsi di dottorato e il coordinamento dello sviluppo di tools per la gestione delle informazioni sanitarie.

Il Network di SLHS è composto da importanti partner come *Cochrane Switzerland* e *SSPH+*, e confluisce nelle più conosciute piattaforme internazionali quali *Learning Health Community* e *The Learning Healthcare Project*.

Nel 2020 *SSPH+*, d'intesa con lo *Swiss Tropical Institute*, ha lanciato una interessante iniziativa di coordinamento, finalizzata alla individuazione di

²⁶ www.net-megs.usi.ch, Master of Advanced Studies in economia e management sanitario e sociosanitario.

²⁷ www.slhs.ch, Swiss Learning Health System.

sinergie tra sei programmi executive di formazione manageriale in sanità in Svizzera: lo stesso *Net Megs*, *Master of Public Health (MPH)*; *Master in Droit de la santé*; *MAS en Sante Publique*; *MAS Management des Institutions Santé*; *MAS Gesundheitsförderung*.

Attore chiave del sistema è l'Associazione degli ospedali svizzeri H+. Nel 1930, 94 rappresentanti del settore ospedaliero svizzero si riunirono ad Aarau per dare vita alla VESKA, l'Associazione svizzera degli stabilimenti ospedalieri, allo scopo di assicurare «la promozione del settore ospedaliero svizzero».

Nel 1974, VESKA assunse ufficialmente il ruolo di *educatore* a tempo pieno e per la prima volta offrì corsi di leadership e corsi specialistici in tedesco e francese, dimostrando di considerare la formazione continua come un fattore chiave di successo nel settore sanitario.

Nel 1995, nel quadro della revisione degli Statuti, alla VESKA viene assegnato il nome attuale di «H+». All'inizio del nuovo millennio, la Direzione lascia Aarau per centralizzare le sue forze a Berna, ma il centro di formazione della Svizzera tedesca, indicato con il nome «H+ Bildung»²⁸ rimane ad Aarau. Come associazione indipendente, H+Bildung organizza ogni anno 80 corsi e seminari diversi.

H+ Bildung, come si sottolinea nella home page del suo sito, offre «formazione pratica per la salute e il lavoro – da oltre 40 anni». H+ Bildung, dunque, è specializzata nella formazione dei dipendenti in ospedali, cliniche, case di cura, studi medici e Spitex (particolari organizzazioni pubbliche o private che si occupano di assistenza domiciliare in territorio svizzero).

L'offerta comprende corsi di formazione e seminari in:

- Leadership/Gestione;
- Contabilità/Finanza e Amministrazione;
- Tecnologia sanitaria/Trattamenti assistenziali;
- Servizi alberghieri e logistica sanitaria.

La forte flessibilità dell'offerta formativa fa sì che tutti i seminari possano essere svolti anche internamente, cioè direttamente nelle Aziende che ne fanno richiesta.

Il mandato educativo di H+Bildung si basa sulla logica delle gerarchie piatte e su una visione secondo la quale il successo è garantito dall'interazione tra *potere*, *volere* e *sapere*. Tale convinzione nasce dalla consapevolezza che i dipendenti di oggi sono sempre più richiesti per svolgere compiti complessi o espandere le proprie competenze e devono poter contare, quindi, sullo studio individuale sostenuto dalla applicazione mirata in situazioni di leadership concrete.

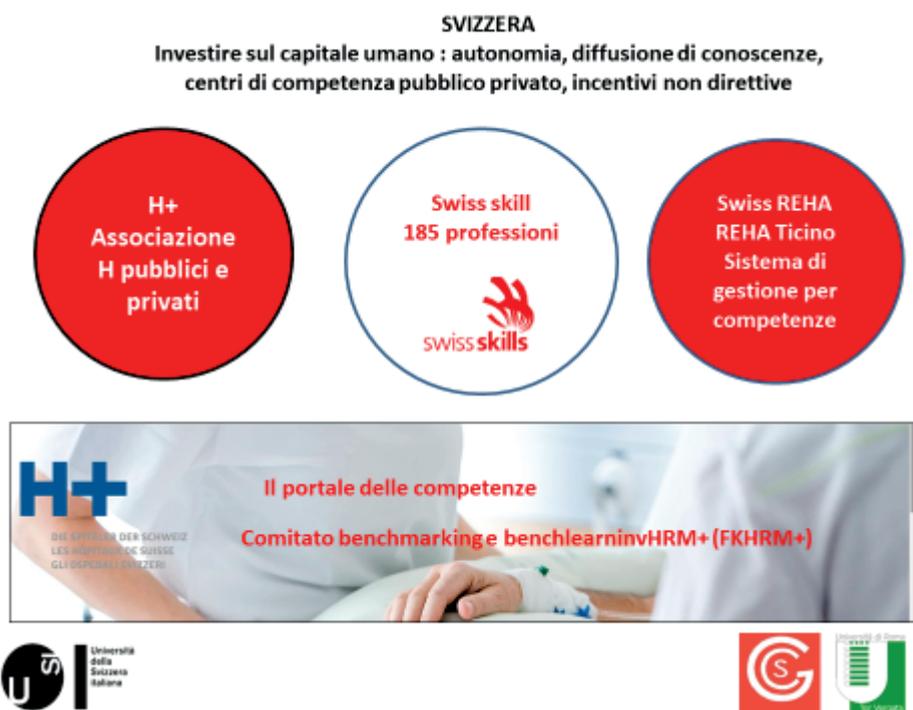
²⁸ www.hplus-bildung.ch, H + Bildung, «Formazione pratica per la salute ed il lavoro – da oltre 40 anni».

Non è un caso, dunque, che la Svizzera risulti al 5° posto nel mondo per quanto riguarda l'*attrattività*, e la ritroviamo nuovamente al primo posto in termini di *tasso di ritenzione dei talenti*, a conferma della bontà delle politiche attuate dalla struttura organizzativo-formativa e dal sistema istituzionale

Nella Figura 11 (Meneguzzo, *Convention FIASO 2018*) vengono sintetizzati gli elementi caratterizzanti (i pilastri) del modello del sistema sanitario svizzero di investimento sul capitale umano: forte autonomia lasciata a progetti di cambiamento avviati dalle diverse strutture sanitarie, significativo interscambio di conoscenze e prassi con le esperienze maturate in altri settori e nel settore privato (Associazione Svizzera dei quadri ASQ/ACS/SKO; Swiss Skills), il rafforzamento di centri di competenza *trasversali* tra settore pubblico e privato e, soprattutto, capacità di agire attraverso incentivi e non con linee guida direttive (un *coaching istituzionale*).

Ed è in questa prospettiva che si è mossa Hplus con il proprio portale delle competenze e con la costituzione di un Comitato per il benchmarking e il benchlearning sulla gestione delle risorse umane in sanità (FKHRM+).

Figura 11. L'investimento sul capitale umano nel sistema sanitario svizzero



Fonte: Meneguzzo, *Convention FIASO 2018*

1.5 USA

a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti

Per quanto possa essere vasta, variegata e complessa l'offerta di servizi per la salute negli USA, in questa sede ci limitiamo ad accennare ad alcuni aspetti della formazione dei manager della sanità nel territorio statunitense.

Alcuni Autori, infatti, hanno condotto diverse indagini per capire quanto, in un contesto particolarmente differente da quello italiano, sia importante il ruolo del middle manager nelle strutture che erogano servizi sanitari.

Nonostante negli ultimi anni sia in atto una tendenza dei dirigenti senior delle organizzazioni sanitarie a mostrare sempre più spesso una preferenza per una gestione più stretta dei livelli operativi, evitando i middle manager, questa minore enfasi sul livello intermedio ha creato la necessità di coltivare il potenziale per la leadership e colmare alcuni gap di performance. La combinazione di una maggiore portata esecutiva con una minore profondità gerarchica provoca, infatti, un duplice effetto: la svalutazione del middle management e una diminuzione della loro autonomia con ripercussioni sulla fluidità esecutiva della struttura.

Ciò provoca nei middle manager del settore sanitario basse aspettative, che incidono negativamente su morale e livelli di stress.

A livello operativo questo si traduce in alcuni problemi di non breve momento: aumento dei costi di fatturato e insufficiente attenzione alla pianificazione delle successioni, alla promozione interna e allo sviluppo della leadership.

Belasen & Belasen (2016) sostengono che i middle manager sono una risorsa vitale per le organizzazioni sanitarie e ne esaminano i benefici per includerli nei programmi di sviluppo della leadership e di pianificazione delle successioni.

L'*Occupational Handbook of the Bureau of Labor Statistics* fa ricadere la pianificazione, la direzione e il coordinamento dei servizi medici e sanitari tra le responsabilità primarie dei quadri intermedi.

I middle manager, quindi, possono gestire un'intera struttura o specializzarsi nella gestione di una specifica area clinica o reparto, oppure gestire uno studio medico per un gruppo di medici.

In genere lavorano per migliorare l'efficienza e la qualità nell'erogazione dei servizi sanitari; restano aggiornati con le nuove leggi e regolamenti per la conformità; supervisionano gli amministratori aggiunti in grandi strutture e gestiscono le finanze, monitorando da una parte le spese per i pazienti e la fatturazione, dall'altra il lavoro e l'organizzazione del personale.

Talvolta sono incaricati di rappresentare la struttura nelle riunioni degli investitori o nei consigli di amministrazione.

La loro attività più frequente spesso consiste nel comunicare con il personale medico e i responsabili di reparto (Bureau of Labor Statistics, 2016).

Tuttavia, molti middle manager, avendo percepito sottostima del proprio lavoro, indicano quale problema principale, tipicamente, la mancanza di informazioni o la scarsa comunicazione da parte dei dirigenti senior (Belasen A., *The ambiguous and underappreciated role of middle manager in healthcare organizations*, 2014).

Gli studi dimostrano che i middle manager operano nell'ambito di politiche, procedure e linee guida difficili e, in mancanza di un flusso costante di comunicazione dall'alto, sono spesso lasciati incerti su ciò che è richiesto loro (Morris & Upchurch 2015).

Currie (Currie 2006) descrive i quadri intermedi in ambito sanitario come «individui riluttanti, ma pieni di risorse che operano all'incrocio tra le situazioni difficili dall'alto verso il basso e dal basso verso l'alto con la costante necessità di rimarcare il loro valore».

Ma perché nel contesto americano i middle manager sembrano essere sottovalutati in tal senso? Forse perché i top executive si sentono pronti a gestire autonomamente i servizi sanitari secondo i nuovi requisiti normativi? I ruoli dei quadri intermedi della sanità sono ancora sostenibili? O bisogna chiedersi se i middle manager delle organizzazioni sanitarie sono ben preparati alle nuove sfide strutturali?

Infatti, uno sviluppo insufficiente dei quadri intermedi potrebbe portare al rischio di *burnout*, all'aumento dei costi di fatturato e all'indebolimento della pianificazione delle successioni. Secondo quanto riferito, tassi di turnover più elevati tra i middle manager potrebbero anche indebolire le prestazioni organizzative e diminuire la connessione vitale tra il pensiero strategico, il livello della pianificazione e quello dell'implementazione (McKinney & al. 2013).

Bisogna tener presente che i middle manager nelle organizzazioni sanitarie operano in ambienti in continuo cambiamento, in cui è più che mai importante saper riconoscere le condizioni che portano al basso morale, all'aumento dei costi di turnover e alla discontinuità nella leadership.

Vien da sé che è fondamentale, in tal senso, occuparsi della necessità di costruire una solida *pipeline* di talenti attraverso lo sviluppo di middle manager.

Tornando al *Bureau of Labor Statistics* del 2016, si rileva che nel periodo 2014-2015 il middle management ha rappresentato il 7,6% della forza lavoro statunitense, pari a circa 10,8 milioni di manager. Nel settore sanitario, i 333.000 quadri intermedi sono una parte importante delle risorse organizzative, la maggior parte dei quali lavorano in ospedali statali, locali e privati (39%); servizi sanitari ambulatoriali (26%); servizi medici di gruppo e centri sanitari ambulatoriali (16%); strutture di assistenza infermieristica e residenziale (11%) ed enti governativi (8%).

L'occupazione dei responsabili dei servizi medici e sanitari dovrebbe crescere del 17% dal 2014 al 2024, molto più velocemente della media di tutte le occupazioni.

Lo stipendio medio annuo per i manager dei servizi medici e sanitari era di 94.500 dollari a metà del 2015.

La maggior parte dei manager di servizi medici e sanitari lavora in uffici di strutture sanitarie, inclusi ospedali e case di cura, e studi medici di gruppo.

Negli ospedali, per esempio, i middle manager convertono gli obiettivi strategici in piani di miglioramento attuabili a livello di reparto o di unità di lavoro, coinvolgono i dipendenti negli sforzi di sicurezza e garanzia della qualità e identificano i processi per il miglioramento continuo.

I middle manager agiscono come supervisori di prima linea e *peer manager* e si adoperano alla continua ricerca di compromessi che spesso sfuggono all'attenzione degli alti dirigenti e che sono essenziali per le prestazioni dell'organizzazione (Osterman 2009). Utilizzano una ampia varietà di canali per rispondere alle domande, dare feedback e contribuire ad aumentare la soddisfazione dei dipendenti (Madlock 2008).

È stato altresì rilevato che i quadri con un coinvolgimento attivo nel processo strategico hanno dimostrato un maggiore impegno verso gli obiettivi organizzativi e contribuiscono al successo delle iniziative strategiche (Beck & Plowman 2009).

La diretta connessione con il top management verso l'alto e la forte capacità di influenza verso il livello più operativo dei middle manager sembrano incidere sull'allineamento delle attività organizzative all'interno del contesto strategico-operativo, incentivare il cambiamento attraverso le comunicazioni con i dirigenti e aiutare a implementare l'innovazione nelle interazioni con i livelli inferiori (Belasen & Rufer, *Innovation communication for effective inter-professional collaboration: a stakeholder perspective*, 2013).

Ciò perché le diverse professioni sanitarie portano con sé diverse culture e pratiche di comunicazione che devono essere colmate e mobilitate fin dall'inizio per un'operatività ottimale. I quadri intermedi danno un contributo qualitativo e quantitativo sostanziale alle loro organizzazioni, e hanno il know-how per procedere con tatto e velocità. Comprendono la complessità del loro ambiente di lavoro e si sentono stimolati dall'essere il tramite tra pensiero, azione e risultati aziendali (Haneberg 2010). Come risultato, sono in grado di fornire visioni molto più ricche e diversi punti di vista per la risoluzione dei problemi di comunicazione.

I middle manager sono situati centralmente all'interno della catena di comando e tipicamente svolgono o influenzano direttamente tre compiti importanti:

1. compiti tecnici legati alla centrale operativa, alle routine e alla conformità;
2. compiti di persone che coinvolgono i team in prima linea, motivando e guidando i dipendenti;
3. compiti strategici associati ai rapporti finanziari, all'analisi dei progetti di miglioramento continuo e alla partecipazione alle discussioni del consiglio di amministrazione (Belasen, Eisenberg & Huppertz, *Mastering Leadership: A Vital Resource for Healthcare Organization*, 2015).

Dunque, lavorano per realizzare compiti fondamentali nell'attività di una struttura sanitaria e garantire la continuità, mantenere l'organizzazione in funzione e raggiungere risultati organizzativi positivi.

I middle manager implementano la strategia, traducono gli obiettivi dal livello dirigenziale ai livelli più bassi, creano rilevanza locale, interpretano i contesti che cambiano, la comprensione delle normative vigenti, delle politiche nuove o proposte, chiariscono le parole e le azioni dei dirigenti e promuovono il discorso organizzativo.

La posizione centrale dei middle manager all'interno della gerarchia, evidentemente, rafforza il loro ruolo di mediazione nell'interpretazione degli eventi critici e nella creazione di significati condivisi (Beck & Plowman 2009).

In qualità di *opinion leader* all'interno della rete di comunicazione degli ambienti sanitari, agiscono anche come *sense maker* (Pappas & al. 2004), bilanciando gli impegni dei vari stakeholder per il cambiamento e la continuità, fornendo metodo e direzione di marcia e reagendo alle esigenze emotive dei dipendenti in termini di coerenza, affidabilità e chiarezza (Belasen & Frank, *A peek through the lens of the competing values framework: what managers communicate and how*, 2010).

La dualità nell'esperienza operativa dei middle manager e la vicinanza ai *decision maker* rendono i loro ruoli di *frizione* durante le transizioni critiche per il successo organizzativo.

Cercano nuove opportunità, valutano i meriti delle iniziative strategiche e ne propongono nuove. In tal senso, nelle organizzazioni sanitarie, i middle manager danno un contributo significativo in tutta l'organizzazione sanitaria nei loro ruoli di imprenditore, comunicatore, terapeuta e stabilizzatore (Embertson 2006).

Tuttavia, quando i loro preziosi contributi passano inosservati dai dirigenti senior – che spesso favoriscono una focalizzazione non efficace dei compiti – i middle manager sperimentano sentimenti negativi di *praticanti dimenticati* (Hayes 2005).

Perciò la pressione costante che si abbatte sui middle manager, che devono concentrarsi sulle routine quotidiane talvolta lontano dai circoli strategici, li pone in una situazione difficile, creando l'impressione che il

middle management sia un'occupazione la cui autonomia è in gran parte limitata (Osterman 2009).

Avendo il gravoso compito di dover assorbire il malcontento dei livelli superiore e inferiore, ma senza molta autorità decisionale, i middle manager tendono a interiorizzare il fallimento e soffrono di tassi più alti di sintomi depressivi e di ansia rispetto a quelli collocati in alto o in basso. I sintomi della depressione sono stati segnalati dal 18% dei supervisori e dei dirigenti rispetto al 12% dei dipendenti (Prins, Bates, Keyes, & Muntaner 2015).

Occupando ciò che i ricercatori hanno definito *posizione di classe contraddittoria*, ci si aspetta che i middle manager applichino le politiche strategiche dall'alto – quelle che non hanno sviluppato – ai subordinati che potrebbero obiettare a queste nuove politiche.

Si sentono sempre più isolati dal management, perdono fiducia nelle loro capacità di giudizio e, incerti sul loro futuro, rispondono prorogando gli impegni. È la carenza di libertà di determinare *come arrivarci*, la limitazione nel processo decisionale che appare demoralizzante (Belasen A., *The ambiguous and underappreciated role of middle manager in healthcare organizations*, 2014).

Il modo in cui i dirigenti si relazionano con i loro quadri è influenzato da ciò che si aspettano da loro. Se le loro percezioni di mediocrità portano a creare basse aspettative, è probabile che la produttività dei middle manager sia percepita come scarsa, che a sua volta rafforza la percezione iniziale (Belasen & Fortunato, *Situational motivation: challenging the binary*, 2013).

Questo processo è anche conosciuto come *effetto pigmalione* (Livingston 1969): Pigmalione si riferisce a una persona che consapevolmente o inconsapevolmente percepisce una certa aspettativa e agisce in un modo coerente con tale aspettativa.

Più di due decenni fa Jackson e Humble (Jackson & Humble 1994) hanno osservato risposte comportamentali paragonabili: «Mentre le gerarchie ripide si sono appiattite, le opportunità di promozione sono scomparse; molti middle manager rimasti si sentono ingannati e intrappolati».

Venti anni dopo altri autori (Zenger & Folkman 2019) hanno esaminato le caratteristiche demografiche dei dipendenti infelici tra più di 320.000 persone in diverse organizzazioni e hanno rilevato che 16.000 (5%) erano funzionari. Le principali fonti di infelicità includevano la «scarsa leadership» come la prima causa di demotivazione seguita da «nessuna carriera o opportunità di promozione», «il lavoro manca di significato e scopo», «essere trattato ingiustamente rispetto agli altri», «sentirsi sottovalutato», «sovraccarico di lavoro» e «considerare l'organizzazione come inefficiente e inefficace».

È evidente che per le organizzazioni sanitarie girare quel 5% potrebbe avere un effetto drammatico sui risultati raggiunti, soprattutto laddove i

middle manager hanno un tasso di turnover molto elevato. Basti pensare che Deloitte Consulting LLP (Deloitte Consulting LLP 2014) riferisce che il 79% delle Aziende e dei leader HR a livello mondiale ritiene di avere problemi significativi di *retention* e coinvolgimento.

Con l'*Affordable Care Act* (ACA)²⁹ è stato alimentato un gran numero di fusioni nel settore sanitario statunitense in quanto è stato modificato il modo in cui le compagnie di assicurazione rimborsano gli operatori sanitari e la spinta verso un'assistenza ambulatoriale più efficiente.

Allo stesso tempo, stiamo assistendo a una significativa convergenza tra i settori industriali collegati al mondo della sanità, il che rende meno netti i confini tra pagatori e fornitori (Woodson 2015), poiché la maggior parte dell'integrazione avviene clinicamente o finanziariamente, orizzontalmente o verticalmente, e i rapporti possono variare da affiliazioni sciolte a fusioni complete.

I risultati sono stati notevoli: solo nel 2012 sono state avviate 105 operazioni, passando da 50/60 – su base annuale – negli anni precedenti all'ACA (Wall Street Journal 2013) a 140 nel 2014 (Gamble & Sachs 2015).

Per far fronte alle nuove sfide, gli ospedali hanno reintrodotto riforme e cambiamenti strutturali, tra cui la progettazione basata sul team, la collaborazione interprofessionale e una leadership condivisa.

La leadership condivisa nelle organizzazioni sanitarie e in altri contesti è ben documentata nella letteratura attuale e prevede la ri-legittimazione delle figure intermedie (Chreim, Williams, Janz, & Dastmalchian 2010).

Questi cambiamenti, tuttavia, si sono resi necessari soprattutto per rispondere alle sfide di integrazione a livello operativo in quanto le unità di lavoro nel settore sanitario sono particolarmente specializzate e con scarse possibilità di sinergia organizzativa (Gilmartin & D'Aunno 2010).

Inoltre, le unità e i team sanitari operano in ambienti largamente influenzati da obiettivi istituzionali più ampi (Finn, Currie, & Martin 2010), dove i middle manager sono i più necessari per guidare e dirigere i team in prima linea nella realizzazione della missione (Shaw 2005).

Tuttavia, i top manager hanno continuato a chiedere l'eliminazione dei quadri intermedi giustificando la loro scelta sulla base del ritardo con cui

²⁹ Il *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), spesso abbreviato in *Affordable Care Act* (ACA) o soprannominato *Obamacare*, è uno statuto federale degli Stati Uniti emanato dal 111° Congresso degli Stati Uniti e firmato in legge dal presidente Barack Obama il 23 marzo 2010. Insieme alla modifica dell'*Health Care and Education Reconciliation Act* del 2010, rappresenta la revisione più significativa del sistema sanitario statunitense e l'espansione della copertura dalla introduzione di Medicare e Medicaid nel 1965.

risultavano direttamente connessi con i livelli più bassi, il che in realtà ha il duplice effetto di aumentare il potere degli alti dirigenti e di diminuire la profondità attraverso la centralizzazione funzionale (Hamel 2011).

Ciononostante, è indubbio che nel territorio statunitense il settore sanitario sia in crescita e la necessità di manager sanitari in espansione, per cui ospedali e altre organizzazioni sanitarie si troveranno a competere sulle stesse risorse di capitale umano.

Si stima, infatti, che l'occupazione dei manager dei servizi medici e sanitari negli Stati Uniti crescerà del 23% entro il 2022, molto più velocemente della media degli altri settori.

Appare a questo punto più consono chiedersi se i dirigenti apicali siano preparati a queste sfide.

Prima del massiccio consolidamento nel settore sanitario nel periodo 2013-2016, il 54% dei CEO del settore sanitario ha ritardato il pensionamento, ciò nonostante che il 73% per cento di loro abbia un'età compresa tra i 55 e i 62 anni e il 24% superiore ai 63 anni.

Oltre il 51% dei CEO intervistati da Witt Kieffer ha dichiarato di aver lavorato con il senior management team per identificare i potenziali successori; il 39% ha sviluppato un processo di pianificazione formale con i propri consigli di amministrazione; il 34% ha seguito i propri successori e il 29% ha identificato un successore da inserire nel proprio ruolo. Allo stesso tempo, il 63% ha dichiarato di essere *troppo giovane* per andare in pensione. Pur comprendendo l'importanza di formare e guidare il proprio successore, non la considerano una questione urgente (Witt/Kieffer International 2012).

Nel frattempo i middle manager, sovraccarichi e poco formati, sono stati sull'orlo dell'esaurimento, poiché venivano presi in considerazione per un minor numero di ruoli dirigenziali senior (McKinney & al. 2013).

Recentemente, tuttavia, è iniziato un forte movimento in uscita degli amministratori delegati ospedalieri. Dei 1246 cambiamenti di CEO nel 2013, la sanità è stata in testa con 265 partenze. Nel 2014 il numero di cambi annunciati è salito a 294, con un aumento del 10,9%. Nel 2015, dei 230 cambi di CEO nel settore sanitario, 137 CEO si sono dimessi dalle loro posizioni ospedaliere. Con l'uscita dei CEO dalla forza lavoro, il problema di come e chi colmerà le lacune lasciate è diventato ancora più acuto, in quanto molte organizzazioni non erano preparate a gestire sistematicamente queste uscite (Challenger, Gray and Christmas Inc. 2015).

Con l'aumento dei tassi di turnover dei CEO, gli ospedali devono sviluppare programmi di successione adeguati per identificare e formare nuovi leader.

Ciò si allinea bene anche con l'obiettivo degli alti dirigenti di ridurre l'onere finanziario della formazione sul bilancio.

Birken *et al.* hanno cercato di identificare il contributo relativo dei middle manager ai risultati legati all'innovazione (Birken & *al.* 2012) e hanno riscontrato che la loro influenza sui dipendenti è stata positiva in relazione ai risultati di efficacia, posizionamento competitivo, efficienza operativa e performance finanziaria.

Le variazioni nella qualità dell'assistenza sanitaria erano legate alla scarsa comunicazione di informazioni strategiche e cliniche chiave tra i livelli manageriali, le unità e i team. Mollick ha scoperto che sono stati i middle manager, piuttosto che gli innovatori clinici o le strategie organizzative, a spiegare meglio la variazione delle performance aziendali. I manager hanno rappresentato il 22,3% della variazione dei ricavi tra i progetti, rispetto a poco più del 7% spiegato dagli innovatori e al 21,3% rappresentato dalla strategia organizzativa. Anche in un'industria giovane che premia prodotti creativi e innovativi, i ruoli innovativi spiegano una minore variazione nelle performance aziendali rispetto ai manager (Mollick 2012).

Mentre gli innovatori possono proporre nuove idee e concetti, i middle manager giocano un ruolo critico nel determinare quali idee hanno priorità e supporto. Ciò perché i middle manager aiutano a rimuovere le barriere alla risoluzione dei problemi, stimolano l'innovazione ed eseguono il cambiamento strategico. Un altro studio ha rilevato che la maggior parte dei percorsi di cambiamento di successo hanno visto il coinvolgimento di manager di medio livello due o più livelli al di sotto del CEO (Tabrizi 2014).

Pearce e altri hanno scoperto che nonostante la leadership dei CEO sia di enorme importanza, le organizzazioni veramente performanti sono quelle guidate da team (Pearce, Manz, & Sims 2009).

La ricerca ha dimostrato che le pratiche di gestione sanitaria si fondano su una cultura e una tradizione di leadership ospedaliera gerarchica.

Al contrario, un'implementazione strategica di successo nelle organizzazioni sanitarie è principalmente il risultato di una collaborazione interfunzionale e di un efficace middle management (Belasen A., *The ambiguous and underappreciated role of middle manager in healthcare organizations*, 2014).

Purtroppo, l'inclusione dei quadri intermedi nello sviluppo della leadership e nella pianificazione delle successioni è risultata estremamente scarsa.

Come discusso in precedenza, i dirigenti sanitari non pongono sufficiente enfasi sulla coltivazione del prossimo gruppo di leader che sarà necessario per sostenere il vantaggio competitivo e la continuità aziendale. Spesso l'importanza del coinvolgimento nel processo decisionale e nella strategia è data per scontata dai vertici aziendali, che lasciano i middle manager legati a compiti e questioni operative, senza la possibilità di fare passi avanti e mostrare le loro più forti capacità strategiche (Lam 2015). La

sensazione di essere sottovalutati o non apprezzati può portare ad ansia e depressione o addirittura all'enigma dell'ipereffica.

Embertson ha sostenuto che il ruolo dei quadri intermedi nella formulazione e nell'implementazione strategica è stato ampiamente trascurato e costituisce un argomento forte e convincente per un efficace sviluppo del middle management nelle organizzazioni sanitarie.

Programmi di sviluppo della leadership ben progettati e pianificazione delle successioni insieme alla volontà dei dirigenti senior di riconoscere il *valore nel mezzo* e promuovere dall'interno può creare i percorsi per colmare il divario di leadership nelle organizzazioni sanitarie.

Queste osservazioni indicano un'area critica in cui le pratiche di pianificazione della successione possono e devono essere migliorate: il CEO e il consiglio di amministrazione devono avviare la selezione dei candidati interni e garantire la loro preparazione per guidare e gestire le transizioni organizzative (Belasen, Eisenberg, & Huppertz, *Mastering Leadership: A Vital Resource for Healthcare Organization*, 2015).

Gli alti dirigenti dovrebbero fissare aspettative realistiche che portino a risultati positivi e che siano rilevanti, rilevabili, sfidanti e motivanti.

È importante, anche, che i middle manager acquistino assertività nel comunicare la loro *indispensabilità* ai dirigenti. Hanno bisogno di prendere chiara visione degli obiettivi della leadership organizzativa e redistribuirli a cascata in modo appropriato tra i team in prima linea affinché siano allineati con tale visione.

Davenport e Harding hanno raccomandato che i middle manager diventino *manager out of the stage* (Davenport & Harding 2010) che si concentrino sulla gestione dell'ambiente, non sulle persone. Il manager fuori scena, infatti, crea un ambiente abilitante e responsabilizzante nel quale ai team in prima linea e ai dipendenti è affidato il potere discrezionale di identificare problemi e soluzioni. Allo stesso modo, Kelly e Nadler hanno suggerito che i middle manager dovrebbero spostare la loro attenzione su processi e decisioni che influenzano il personale operativo, piuttosto che agire da meri controllori (Kelly & Nadler 2007).

In risposta a ciò, i dirigenti sanitari stabiliscono e implementano programmi di sviluppo della leadership e della gestione per preparare i manager, sia clinici che non clinici, alle esigenze poste loro dagli impegnativi cambiamenti in atto nel settore (Thompson & Kim 2013).

Un metodo standard per la creazione di qualsiasi programma di leadership o di sviluppo umano è che i top executive dell'organizzazione individuino le competenze che ritengono più necessarie per realizzare la mission e la vision dell'organizzazione (Kaiser & Curphy 2013).

I vertici dell'ospedale, come il CEO o i vicepresidenti, sono gli individui che stabiliscono la direzione strategica e gli obiettivi del programma e poi, nei

casi gestiti in maniera ottimale, risultano fortemente coinvolti nella cura e nello sviluppo di questi stessi programmi di leadership e gestione, in particolare negli ospedali di piccole e medie dimensioni, mentre negli ospedali più grandi gestiranno questi programmi attraverso le Risorse Umane (McAlearney & al. 2011).

In generale, infatti, i membri di *Top Management Team* (TMT) hanno molte responsabilità, come lo sviluppo e l'implementazione di nuove politiche, la gestione dei budget e altre responsabilità esecutive, oltre a dirigere questi programmi di sviluppo.

Secondo lo studio condotto da Alan Whaley³⁰ e William E. Gillis³¹ nel 2016 sul tema «Programmi di sviluppo della leadership per i quadri sanitari» gli ospedali di tutti gli Stati Uniti stabiliscono programmi di leadership e di gestione per i loro middle manager. Nonostante la loro pervasività va segnalata una maggiore enfasi sulla leadership medica, e il fatto che rimane comunque limitata la ricerca sui programmi di sviluppo per l'assistenza sanitaria clinica e non clinica.

Generalmente per questi programmi di formazione tutti gli ospedali identificano i manager e i direttori come target primario. Talvolta alcuni ospedali permettono periodicamente ai non manager di frequentare la formazione in base al loro curriculum, qualora questi individui siano stati identificati dall'organizzazione come potenziali manager.

Alcune posizioni a livello di vicepresidente – o comunque membri del TMT – sono state spesso utilizzate come istruttori o facilitatori durante determinate sessioni del programma di formazione.

Di norma si possono distinguere quattro tipi di programmi:

- a. serie continuative;
- b. basato sul curriculum con format accademico;
- c. orientamento manageriale;
- d. *mentoring*.

Il primo tipo prevede una serie di incontri (mensili o trimestrali) a cadenza regolare senza la necessità di disporre di un determinato curriculum, quindi aperti a tutti i middle manager e ad alcuni top manager. I programmi mensili durano circa un'ora, mentre i programmi trimestrali consistono tipicamente in sessioni di mezza giornata. Il contenuto del programma varia tra le sessioni

³⁰ Chief Strategy Officer alla University of South Alabama per gli Health System & Mobile.

³¹ Professore associato, Dipartimento di Management, Mitchell College of Business, University of South Alabama.

rispettando una certa coerenza nei temi trattati. L'accesso è riservato a un numero limitato di invitati.

Questo tipo di programmi formativi tende a coprire un ampio spettro di argomenti prevalentemente gestionali, tra cui, ma non solo, statistica, finanza, diritto sanitario, gestione delle risorse umane, comunicazione e budgeting.

In diversi casi i middle manager di nuova promozione partecipano all'orientamento manageriale. Gli ospedali che adottano questa metodologia – che consiste in due o tre sessioni strutturate allo scopo di presentare al nuovo manager le politiche, le procedure e le risorse dell'organizzazione – applicano questi programmi da due a quattro volte all'anno nell'ambito di un processo di orientamento e sviluppo destinato, appunto, al middle management, sottolineando le responsabilità tecniche per garantire che i manager abbiano una comprensione di base del loro nuovo ruolo.

Gli ospedali che implementano il *mentoring* assegnano occasionalmente a un middle manager un pari o un mentore esecutivo, perché possa usufruirne come risorsa informativa o per familiarizzare meglio e più velocemente con la loro nuova organizzazione o con il nuovo ruolo. Non vengono perciò prefissate scadenze specifiche per questi programmi di formazione, in quanto sono utilizzati sia per lo sviluppo delle competenze che per l'orientamento.

In estrema sintesi, membri del TMT cercano solitamente di progettare e implementare programmi che migliorino le capacità dei middle manager in termini di risoluzione dei conflitti, comunicazione con il personale e i medici, preparazione dei bilanci, analisi dei risultati finanziari, elasticità del personale, maggiore comprensione e più efficiente implementazione delle politiche delle risorse umane.

Ciò che si cerca di migliorare nel contesto statunitense con i programmi formativi è, dunque, la conoscenza delle procedure, il turnover e la fidelizzazione dei dipendenti, il lavoro in team, la comunicazione in modo conciso con i superiori, la guida del miglioramento dei processi nei relativi reparti e la valutazione in modo accurato delle prestazioni del personale.

Uno degli obiettivi principali dei programmi di formazione è, infatti, quello di ampliare e approfondire le competenze dei middle manager e migliorare la gestione delle varie sotto-aree manageriali fornendo loro opportunità formative.

La valutazione dei risultati del programma è sempre difficile, ma può essere realizzata secondo due prospettive (Day & al. 2014).

In primo luogo, i singoli partecipanti possono essere valutati su ciò che hanno imparato. In secondo luogo, i programmi possono essere valutati per l'efficacia organizzativa nel tempo.

Ogni opzione presenta delle sfide. La prima prospettiva richiede forse meno tempo ma più risorse. L'altra presuppone che il programma abbia un effetto diretto e misurabile a livello sistemico e nel lungo periodo.

Una recente revisione dei programmi (Frich, Brewster, Cherlin, & Bradley 2015) ha utilizzato un metodo gerarchico a quattro livelli per valutare i risultati di questi programmi.

Il livello più basso è *Reazione*, e si definisce semplicemente valutando quanto i dipendenti hanno apprezzato la formazione, attraverso una valutazione standard di fine corso, sia su carta che online, per migliorare i programmi futuri e fornire feedback costruttivi.

Il secondo livello è *Apprendimento*, definito secondo il grado in cui i partecipanti hanno compreso ciò che è stato loro insegnato; si procede a valutazioni di fine corso per misurare se alcune conoscenze oggettive siano state apprese attraverso un esame orale o casi di studio.

Il livello 3, *Comportamento*, valuta se quanto appreso in un programma sia effettivamente utilizzato nel lavoro.

Infine il livello 4, *Risultati*, si raggiunge attraverso la verifica dei risultati complessivi del programma anche in termini di *outcome*, basandosi anche sui punteggi di soddisfazione del paziente a livello di sistema.

Da ciò si deduce che per l'avvio di un programma di sviluppo, il processo primario consista nell'identificare prima di tutto ciò che si vuole realizzare: a meno che un ospedale non sappia chiaramente quali siano gli obiettivi che sta cercando di raggiungere, è difficile sapere se un programma avrà avuto successo (Whaley & Gillis 2016).

I programmi sono convalidati da norme esterne e ottengono lo status nel settore piuttosto che essere analizzati per il valore che apportano all'organizzazione (Oliver 1991). Copiando altri programmi o utilizzando programmi acquistati, gli ospedali limitano la loro capacità di definire chiaramente le ragioni dell'esistenza del programma all'interno delle loro organizzazioni o non riescono a sviluppare programmi per soddisfare le esigenze specifiche dei loro middle manager.

In generale, i programmi offrono l'opportunità di comunicare direttamente con i middle manager per quanto riguarda le politiche, le procedure e le iniziative organizzative, ma rimangono un metodo formativo per il miglioramento della leadership e delle competenze professionali.

Ad ogni modo, già semplicemente stabilendo programmi di sviluppo proposti sulla base delle esigenze formative dell'organizzazione, concordati tra i vari stakeholder e rivalutati in corso d'opera ed in termini di *outcome*, le organizzazioni danno il forte segnale di avere a cuore i middle manager e riconoscono il loro importante ruolo professionale.

2. Il modello di indagine della ricerca FIASO

a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti

2.1 Il modello di gestione per competenze

La ricerca è stata svolta mediante una metodologia articolata in più fasi, fondate sull'adozione del sistema di gestione per competenze. Tale approccio è stato adottato per giungere a profili di ruolo esaustivi e inter-organizzativi, a disposizione dei manager delle Aziende sanitarie in tutte le fasi della gestione strategica delle risorse umane.

Intendiamo per competenza la capacità di un lavoratore di sfruttare a pieno il proprio bagaglio di conoscenze, talenti, abilità e, in termini più generali, i tratti caratteristici della personalità e le attitudini, per svolgere in modo efficace le attività lavorative assegnate nell'ambito di una posizione organizzativa³².

Negli ultimi quarant'anni il mondo dell'impresa ha adottato veri e propri modelli gestionali basati sulla centralità del concetto di «competenza», intesa come il mattone fondamentale per la costruzione di una organizzazione efficace e per orientare i processi fondamentali per la gestione strategica del personale³³.

Disporre, infatti, di profili di ruolo basati su sistemi di competenze predeterminate permette alle funzioni di gestione del personale di attivare processi di *recruitment* e selezione in quei contesti dove, più che la forza lavoro, è la competenza a fare la differenza. Allo stesso modo, l'adozione di un modello di gestione delle competenze facilita il processo di allocazione interna delle persone, la programmazione della formazione, la valutazione e infine la gestione della

³² D.C. McClelland, «Testing for Competence rather than intelligence», *American Psychologist*, 28, 1973, pp. 1-14; Boyatzis, *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, 1982.

³³ Lado e Wilson, «Human Resources Systems and sustained competitive advantage: a competency-based perspective», *The Academy of Management review*, vol. 19, n. 4, 1994.

carriera. La valutazione delle competenze può essere associata, inoltre, a delineare modelli di compensazione orientati allo sviluppo del know-how organizzativo³⁴.

Il modello di gestione per competenze si è diffuso rapidamente anche nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, soprattutto nel contesto anglosassone, in quanto idoneo al governo di contesti in cui lo sviluppo delle conoscenze è alla base della buona performance. Le organizzazioni sanitarie, infatti, sono per definizione *knowledge based organizations* e, come tali, conseguono il successo in relazione alla loro abilità nello sfruttare le conoscenze dei singoli individui, in modo tale che possano tradursi in competenze individuali e dell'organizzazione³⁵. Da qui l'importanza di dotarsi di strumenti che permettano di capire quali «modelli di competenza» siano associati a performance superiori raggiunte dai lavoratori in contesti ultra-complessi come quelli sanitari. Nell'ambito di un modello di gestione delle competenze, quindi, il «modello di competenze» non è altro che un insieme di strumenti di carattere descrittivo, utilizzati per codificare le competenze necessarie per raggiungere quei livelli superiori di performance in posizioni considerate «chiave» all'interno del tessuto organizzativo.

L'adozione di un modello di gestione per competenze, quindi, prevede l'individuazione di posizioni chiave sulle quali porre l'attenzione prioritariamente. Ogni posizione chiave sarà individuata come combinazione di un numero discreto di competenze professionali (skill) e comportamentali considerate necessarie per conseguire performance superiori. Questa combinazione di competenze identifica il «profilo di ruolo» per la specifica posizione organizzativa.

Nell'ambito della gestione per competenze, le posizioni chiave che condividono un determinato sub-set di competenze di base vengono definite in termini di (i) contribuzione attesa di fattori critici per il successo dell'organizzazione e (ii) competenze richieste per il conseguimento di una performance eccellente. L'insieme delle competenze ritenute rilevanti sono raccolte in un «dizionario» dal quale è possibile estrarre, per ciascuna posizione chiave di interesse, il numero e il tipo di competenze che risultano associabili a una performance superiore.

Il nostro lavoro si è concentrato sullo sviluppo di 12 profili di ruolo nell'ambito di 5 diverse famiglie professionali.

³⁴ Costa e Gianecchini, *Risorse Umane – Persone, relazioni e valore*, Mc Graw Hill, 2012.

³⁵ R.M. Grant, «The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation», *California Management Review*, 33(3), 1991, pp. 114-135. doi:10.2307/41166664.

2.2 Famiglie professionali e dizionario delle competenze

Per quanto riguarda il dizionario delle competenze adoperato in questo studio, si basa sul modello delle competenze manageriali di McClelland³⁶ e di Spencer e Spencer³⁷ che, a sua volta, si fonda sulla definizione di competenze chiave nello svolgimento di un determinato ruolo, graduandone l'intensità richiesta. Il modello, come molti altri, è stato costruito empiricamente attraverso studi che hanno consentito di individuare le competenze distintive di un individuo che portano a prestazioni superiori rispetto alla media. Il dizionario è stato ulteriormente sviluppato e perfezionato da un grande gruppo di consulenza di direzione, Hay Group e, a partire dal 2002, implementato nell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) come sperimentazione pionieristica nel panorama sanitario italiano.

I membri del gruppo di lavoro permanente di GRU dello IEO hanno mutuato la metodologia e la struttura del dizionario proposte dal gruppo Hay, riformulando i contenuti delle varie competenze e le relative definizioni dei livelli per adattarli al contesto sanitario. Inoltre, rispetto alla metodologia originaria, sono state introdotte le *competenze tecniche* (skill), oltre a quelle comportamentali, per poter guidare le attività di gestione delle risorse umane su entrambi i fronti contemporaneamente. Il sistema di competenze adottato anche in questo studio prevede due sotto gruppi³⁸:

- a. le competenze comportamentali, che corrispondono a comportamenti organizzativi strettamente associabili, attraverso una relazione di causa-effetto, a prestazioni efficaci o superiori in un determinato ruolo, misurate sulla base di criteri prestabiliti e derivanti dalle caratteristiche della persona;
- b. le skill, ovvero le conoscenze e le capacità manageriali, professionali e tecniche acquisite tramite formazione professionale o esperienze lavorative per svolgere adeguatamente determinate mansioni e ricoprire efficacemente il ruolo assegnato.

La stessa metodologia è stata poi adottata in diversi contesti nazionali e in particolare presso due contesti organizzativi ultra complessi, uno ospedaliero –

³⁶ McClelland, *op. cit.*

³⁷ L. Spencer, S. Spencer, *Competence at Work: Model for Superior Performance*, New York, John Wiley & Sons, 1993.

³⁸ Baraldi *et al.*, *Innovazione Organizzativa e ruoli emergenti in sanità: Le sfide per i professionisti della salute*, 2015.

quello della Fondazione Policlinico A. Gemelli Irccs – e uno territoriale – quello della Azienda USL di Parma nel 2015. In tali contesti l’obiettivo era la costruzione dei profili di ruolo di posizioni organizzative innovative nell’ambito di una riorganizzazione orientata all’implementazione di un modello per processi e per intensità e complessità delle cure³⁹.

Il dizionario delle competenze e delle skill svolge una duplice funzione:

- permette di codificare il significato da associare alle competenze utilizzate per definire i profili di ruolo considerati;
- rende disponibile una scala di graduazione articolata (supportata anche da esempi, *incident* o riscontri oggettivi) finalizzata a identificare con chiarezza i diversi livelli di «intensità» con i quali ogni competenza deve manifestarsi per garantire il raggiungimento di performance efficaci o superiori nel ruolo assegnato.

A titolo esemplificativo, alla competenza denominata come «orientamento al servizio» è attribuito nel dizionario delle competenze il seguente significato:

Si intende per orientamento al servizio la capacità di: a) riconoscere le esigenze e le necessità dei pazienti, attivarsi per trovare le risposte, compatibilmente con le risorse aziendali; b) perseguire la soddisfazione del paziente, sia nei contatti diretti, sia attraverso le scelte operate nella propria funzione. Le persone con questa competenza lavorano con una forte motivazione alla comprensione delle necessità del paziente e al soddisfacimento delle sue richieste.

Coerentemente con questa definizione, le differenze con cui questa competenza si manifesta nei comportamenti organizzativi vengono rilevate in relazione a una scala 1-4 così articolata:

- *livello 1*: il paziente non è tra le sue priorità: non presta attenzione alle sue richieste e si cura delle sue esigenze in modo banale; ritiene che non sia necessario comprendere i bisogni del paziente, ma che sia il paziente a doversi adattare al servizio;
- *livello 2*: tiene conto delle esigenze del paziente quando queste sono queste molto esplicite ed evidenti e le soddisfa adeguatamente; dà al paziente risposte chiare e sintetiche;
- *livello 3*: risponde alle richieste del paziente anche quando queste non sono esplicite; dà al paziente risposte sintetiche, ma tali da metterlo in condizioni di ottenere le informazioni che ha chiesto;

³⁹ Baraldi *et al.*, *op. cit.*

- *livello 4*: comprende le esigenze del paziente e cerca sempre di dare risposte concrete alle richieste/lamentele, offrendo informazioni aggiuntive che potranno essere utili anche in futuro; si attiva in prima persona per risolvere problemi di servizio.

In relazione alla posizione organizzativa considerata e al contesto organizzativo al quale ci si riferisce, la definizione del profilo di ruolo presuppone la scelta o meno della competenza in relazione all'utilità che gioca nel generare una performance considerata superiore da parte di chi ricoprirà la posizione, guidando anche la scelta del «livello» con cui la competenza dovrà essere presente.

2.3 L'adattamento dell'approccio al progetto «FIASO»

L'approccio per competenze, dunque, rende misurabile il set di competenze da ricercare nel personale in modo scientifico. Ciononostante, un punto debole di alcune sue applicazioni riguarda il momento di definizione dei profili. In particolare, non è sempre intuitivo definire *chi* debba stabilire il set di competenze ideale del professionista e il relativo livellamento. L'approccio cambia sostanzialmente se il profilo di ruolo deve essere disegnato all'interno di uno specifico contesto organizzativo/azienda o se debba essere costruito per essere genericamente adattato a contesti aziendali diversi come nel caso in questione. Per questo motivo si è deciso di arricchire la metodologia originaria con un approccio di negoziazione ed integrazione inter-professionale⁴⁰, ritenuto il più efficace per poter garantire una reale applicabilità dei risultati ottenuti. Per ogni posizione di middle management è stato quindi creato un focus group costituito da 2 ricercatori, 1 o 2 rappresentanti per ogni Associazione/Società scientifica di riferimento del profilo indagato e un referente FIASO. Questo approccio «partecipato» ha imposto la realizzazione di numerosi focus group dedicati alla condivisione delle *job description* delle 12 posizioni di middle manager, all'individuazione delle 8 competenze sulle 15 che componevano il dizionario originario, alla «pesatura» delle competenze e delle skill (8 in totale) e all'individuazione dei KPA e KPI.

In totale sono state necessarie 6 riunioni per ognuna delle 12 posizioni organizzative selezionate, per un totale di 72 riunioni di una durata media di 2 ore. Al termine del percorso negoziato di definizione dei profili di ruolo con le Associazioni, i profili emersi sono stati sottoposti all'attenzione di 12 focus group ai quali hanno partecipato rappresentanti delle direzioni strategiche aziendali a livello nazionale.

⁴⁰ A. Edwards, H. Daniels, T. Gallagher, J. Leadbetter, P. Warmington, *Improving inter-professional collaborations*, London, Routledge, 2009.

In particolare, il coinvolgimento delle Associazioni menzionate di seguito, nonché delle Direzioni Generali chiamate a integrare i risultati preliminari raggiunti nelle prime fasi del lavoro, hanno consentito di giungere a profili di ruolo supportati da un ampio consenso inter-gerarchico. Questo elemento costituisce un forte valore aggiunto, dal momento che molte problematiche legate alla concreta approvazione dei profili *sul campo* sono state prevenute all'origine.

2.4 Le fasi di lavoro

La ricerca è stata svolta utilizzando una metodologia articolata in più fasi ciascuna delle quali scandita da approcci di ricerca differenziati e gruppi di lavoro adattati a seconda delle esigenze dettate dalla metodologia stessa.

Fase 1. Nella prima fase dello studio si è svolta una revisione della letteratura per individuare le principali conoscenze disponibili sul tema del ruolo del middle management nelle Aziende sanitarie. Attenzione particolare è stata dedicata all'utilizzo del modello per competenze all'interno di un sistema sanitario in continua evoluzione, caratterizzato dal progressivo emergere di figure manageriali *intermedie*, con nuove e crescenti responsabilità.

Fase 2. Nella seconda fase, FIASO e i gruppi di ricerca, sulla base delle evidenze scientifiche a disposizione e considerando lo specifico contesto del SSN, hanno selezionato 12 profili di middle management ritenuti cruciali nella gestione efficace delle Aziende sanitarie. Si è effettuata tale selezione sincerandosi di coprire sia posizioni tipicamente interne alle principali linee gerarchiche aziendali, sia quelle in staff alle direzioni strategiche aziendali. Nella Tabella 1 si elencano i profili selezionati, raggruppati in cinque famiglie professionali sulla base della loro omogeneità in relazione al sistema di competenze comportamentali, di posizionamento gerarchico e di tipologia di incarico manageriale. Sono specificati, inoltre, gli acronimi delle associazioni professionali coinvolte nella creazione di ciascun profilo di ruolo.

Tabella 1. Famiglie professionali, profili e Associazioni

Famiglia professionale	Profilo	Associazioni di riferimento
1	Direttori di Dipartimento e Direttori delle professioni sanitarie	FADOI, SIMM, CID
2	Direttori di Presidio e Direttori di Distretto	ANMDO, CARD, SITI
3	Farmacisti e Ingegneri clinici	SIFO, AIIC
4	Responsabili acquisti; Responsabili uffici tecnici; Responsabili sistemi informativi; Direttori del personale	FARE, SIAIS, AISIS, Net PERS
5	Risk Manager e Responsabili prevenzione e protezione	SIHRMA, HCRM, AIREPSA

I ruoli appartenenti alle famiglie 1 e 5 sono stati coordinati dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, quelli delle famiglie 2 e 3 dall'Università degli Studi di Milano, quelli della numero 4 dall'Università Tor Vergata di Roma.

Fase 3. Nella terza fase, in collaborazione con le associazioni professionali di ciascuna categoria di professionisti, si è elaborata una *job description* analitica dei ruoli in questione, per poi assemblare i tratti comuni a livello di famiglia professionale. Le *job description* si articolano nei seguenti punti:

- Titolo della posizione;
- Titolo di studio e competenze maturate per ricoprire la posizione;
- Aree strategiche di risultato;
- Principali compiti da svolgere;
- Collocazione organizzativa e definizione delle relazioni interne;
- Definizione delle relazioni esterne;
- Condizioni ambientali di lavoro;
- Livelli di autonomia e responsabilità;
- Strumenti di lavoro.

Fase 4. Nella fase successiva, sono state selezionate le competenze comportamentali considerate prioritarie e di maggior rilevanza per svolgere efficacemente il proprio lavoro. In particolare, dopo attento dibattito, si è chiesto alle associazioni professionali di selezionarne 8 da una lista di 15. Tale numero rientra nel range ottimale (7-9) per mappare esaurientemente un singolo profilo⁴¹.

Fase 5. Successivamente, si è chiesto alle associazioni di *livellare* sia le 8 competenze comportamentali (*competenze*) che altre 8 competenze tecniche (*skill*) fornite dai ricercatori. Le Associazioni hanno quindi assegnato a esse dei valori numerici, ai quali corrispondono descrizioni univoche dei comportamenti da implementare. Tali descrizioni sono graduate attraverso livelli di intensità che variano da un valore minimo di 0 a un valore massimo di 4, 5 o 6⁴². A tal fine, si è utilizzato un dizionario delle competenze⁴³ appositamente adattato alle professioni manageriali del settore sanitario dalla funzione Gestione delle Risorse Umane dell'Istituto Europeo di Oncologia di

⁴¹ J.S. Shippman, «The practice of Competency Modeling», *Personnel Psychology*, vol. 53, 2000.

⁴² Baraldi *et al.*, *op. cit.*

⁴³ Spencer, Spencer, *op. cit.*

Milano (IEO)⁴⁴. Le competenze comportamentali e tecniche ed i relativi range sono riportati nella Tabella 2.

Tabella 2. Competenze tecniche e comportamentali del dizionario delle competenze

<i>COMPETENZE TECNICHE</i>	<i>Range</i>
CONOSCENZA INFORMATICA	0-5
CONOSCENZA LINGUISTICA	0-4
CONOSCENZE MANAGERIALI	0-4
CONOSCENZA PROCEDURE AZIENDALI	0-4
CONOSCENZA STRUTTURA AZIENDALE	0-4
CONOSCENZE TEORICHE	0-4
TECNICHE OPERATIVE/DESTREZZA	0-4
TERMINOLOGIA SPECIALISTICA	0-4
 <i>COMPETENZE COMPORTAMENTALI</i>	 <i>Range</i>
ACCURATEZZA O QUALITÀ DEL LAVORO	0-4
AUTOCONTROLLO	0-4
COMUNICAZIONE E ASCOLTO	0-5
CONSAPEVOLEZZA ORGANIZZATIVA	0-5
FIDUCIA NELLE PROPRIE CAPACITÀ	0-4
IDENTIFICAZIONE	0-4
IMPATTO E INFLUENZA	0-5
MANAGERIALITÀ	0-6
ORGANIZZAZIONE E OBIETTIVI	0-6
ORIENTAMENTO AL SERVIZIO	0-6
PROATTIVITÀ	0-5
PROPENSIONE AL CAMBIAMENTO	0-4
SVILUPPO DEI COLLABORATORI	0-5
TEAM LEADERSHIP	0-6
TEAM WORK	0-5

Fase 6. Nella fase 6, le Associazioni, supportate dai centri di ricerca, hanno assegnato a ciascun ruolo professionale le relative aree e indicatori di performance (KPA e KPI), accorpate nelle quattro prospettive della performance identificate dalla metodologia della *Balanced Scorecard (BSC)*: prospettiva economico-finanziaria, prospettiva della soddisfazione del cliente (interno ed esterno), prospettiva dei processi interni, prospettiva dello sviluppo e della crescita. La griglia prevedeva un minimo di due aree strategiche di risultato (KPA) per prospettiva e un massimo di due indicatori per ogni KPA,

⁴⁴ Gabutti *et al.*, «L'applicazione di un dizionario delle competenze al management gestionale di un'azienda socio-sanitaria», *Mecosan*, vol. 105, 2018.

per un totale di 16 indicatori per i quali era richiesta una definizione di dettaglio tale da poter essere immediatamente implementabile in un processo di cambiamento organizzativo aziendale. I gruppi di lavoro erano stati sollecitati ad assegnare a ognuna delle 8 KPA un peso percentuale. Ogni KPA avrebbe dovuto avere un peso non inferiore al 10% per un totale del 100%.

Figura 12. Obiettivi, KPA e KPI: metodologia

RUOLO XY	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Obiettivo/KPA n. 1	KPI n. 1	X%
		KPI n. 2	
	Obiettivo/KPA n. 2	KPI n. 3	X%
		KPI n. 4	
CUSTOMER PERSPECTIVE	Obiettivo/KPA n. 3	KPI n. 5	X%
		KPI n. 6	
	Obiettivo/KPA n. 4	KPI n. 7	X%
		KPI n. 8	
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Obiettivo/KPA n. 5	KPI n. 9	X%
		KPI n. 10	
	Obiettivo/KPA n. 6	KPI n. 11	X%
		KPI n. 12	
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Obiettivo/KPA n. 7	KPI n. 13	X%
		KPI n. 14	
	Obiettivo/KPA n. 8	KPI n. 15	X%
		KPI n. 16	

Fase 7. Nella settima fase dello studio, i profili emersi dal confronto con le Associazioni sono stati presentati e integrati/validati da un pool di Direttori

generali di Aziende associate a FIASO. Questo ha reso necessaria una ulteriore serie di confronti uno per ogni profilo di ruolo.

Fase 8. Nell'ultima fase del lavoro, i profili di ruolo sono stati formalizzati in un report e analizzati per tracciare una serie di linee progettuali sui più urgenti percorsi formativi da implementare per ciascuno di essi.

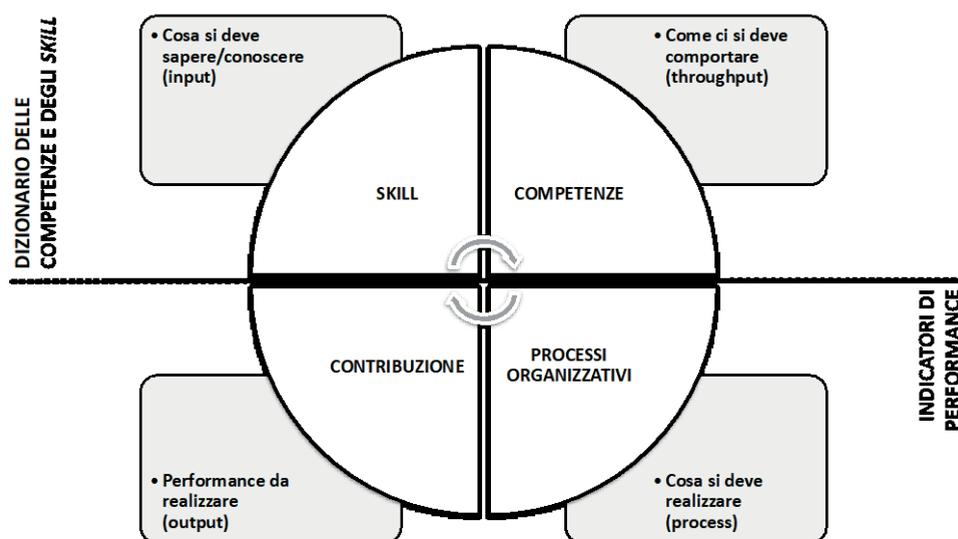
La sintesi delle attività svolte è riportata nella Figura 13.

Figura 13. Sintesi delle attività da svolgere



Se le fasi 1, 2 e 8 sono state realizzate con una tipica modalità di ricerca «desk», le fasi centrali hanno implicato una continua interazione tra i ricercatori e i gruppi di lavoro, coerentemente con la prospettiva della «ricerca-intervento»⁴⁵. La ricerca si caratterizza, quindi, per l'impegno contemporaneo di due categorie di attori – i middle manager delle Aziende sanitarie e i ricercatori – verso il conseguimento di un medesimo obiettivo, ovvero quello del disegno di un profilo di ruolo utile per ciascuna delle figure di middle management coinvolte nel Forum.

Figura 14. Sintesi dei metodi di ricerca



2.5 I middle manager protagonisti della ricerca

La lista di profili di middle management selezionati nella ricerca è stata individuata per includere quelli che, a vario titolo, supportano il disegno della strategia aziendale e ne determinano l'implementazione. In particolare, le professioni selezionate includono professionisti, sia clinici che non, che operano o in staff alla Direzione Generale o in posizioni intermedie tra il vertice strategico e il nucleo operativo.

La prima famiglia professionale oggetto di analisi è composta dal Direttore di un Dipartimento Clinico Assistenziale e dal Direttore delle

⁴⁵ C. Huxham, S. Vangen, «Researching organizational practice through action research: Case studies and design choices», *Organizational Research Methods*, 6(3), 2003.

Professioni Sanitarie. Tali figure condividono la responsabilità dell'erogazione del servizio rispettivamente clinico e assistenziale, dovendo gestire dunque dimensioni di carattere sia clinico che organizzativo. Se il ruolo chiave del Direttore di Dipartimento si evince dalla tipica configurazione organizzativa delle Aziende sanitarie, con i dipartimenti responsabili di tutte le attività che in essi si eseguono, il Direttore delle Professioni Sanitarie ha acquisito nel tempo una crescente influenza che rispecchia la sempre più consistente responsabilità manageriale delle professioni sanitarie. Entrambi i ruoli, dunque, sono da intendersi partner strategici della Direzione.

La seconda famiglia professionale oggetto di analisi comprende i Direttori di Presidio e i Direttori di Distretto. Se nella prima famiglia professionale ci si è posti al livello aziendale, qui si analizzano figure di middle management in un contesto interaziendale (o inter-presidio) e di sistema. Il ruolo cerniera di questi professionisti è fondamentale nella garanzia della erogazione di servizi sanitari continuativa e appropriata. Essi, dunque, risultano determinanti nella implementazione di un sistema sanitario incentrato sul paziente.

La terza famiglia professionale comprende le figure del Farmacista e dell'Ingegnere clinico. Tali professionisti, chiamati a gestire sia attività di supporto sia quelle *core*, condividono i tratti altamente complessi e tecnici del loro lavoro. Essi, dunque, ricoprono un ruolo centrale nel supportare la Direzione in tutte le fasi gestionali (dall'acquisto in poi) di tecnologie altamente costose e di impatto sulla performance aziendale.

La quarta famiglia, che include i Responsabili degli acquisti, i Responsabili degli uffici tecnici, i Responsabili del sistema informativo e i Direttori del personale, raggruppa professionisti ad alta specializzazione tecnica con la responsabilità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse aziendali. Da un lato, dunque, essi esercitano una forte influenza sulle dimensioni economico-finanziarie aziendali, dall'altra affrontano la sfida di dover esercitare un impatto sul comportamento dei professionisti, pur non trovandosi tutti in posizioni gerarchiche di comando.

Infine, nell'ultima famiglia professionale vi sono il Risk Manager e il Responsabile prevenzione e protezione. Tali professionisti supportano l'Azienda nella prevenzione e gestione dei rischi e degli eventi avversi, tutelandola dalle molteplici conseguenze negative che essi possono comportare. Risultano essere, dunque, ruoli chiave in termini sia economico-finanziari e legali che, in genere, di tutela della sicurezza del personale e dei pazienti.

Nella Tabella 3 si riportano alcuni estratti significativi delle *job description* di ciascuno dei profili analizzati.

Tabella 3. Le *job description* dei profili

Profilo	Aree strategiche di impatto	Principali compiti da svolgere
Direttore di Dipartimento Clinico Assistenziale	Economico-finanziaria Soddisfazione di pazienti e clienti interni Processi interni, produttività, qualità Innovazione e cambiamento Clima interno e cultura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> - Perseguire e verificare il raggiungimento degli obiettivi attribuiti dalla Direzione Generale e, in particolare, l'utilizzo razionale delle risorse umane, tecnologiche e dei materiali di consumo, per i quali dovrà prevedere appositi criteri di valutazione e oggettivazione dei risultati - Coordinare lo sviluppo delle attività cliniche e tecnico-amministrative, di ricerca, di studio e di controllo sulla qualità delle prestazioni, nonché delle attività amministrative, tecniche e, in generale, di supporto - Predisporre la proposta di piano di attività annuale del Dipartimento, correlandolo all'utilizzo delle risorse disponibili - Monitorare l'andamento dei risultati di budget assegnati alle Strutture dipartimentali - Attuare percorsi finalizzati alla massima sicurezza dei pazienti e degli operatori, conformemente alle direttive di cui al D.Lgs. 81/2006, anche in qualità di delegato del datore di lavoro, nonché della Legge 8/3/2017 n. 24 (cosiddetta Legge Gelli), in materia di Gestione del Rischio Clinico
Direttore delle Professioni Sanitarie	Economico-finanziaria; Soddisfazione di pazienti e clienti interni; Processi interni, produttività, qualità; Innovazione e cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare efficacia, qualità ed efficienza professionale-organizzativa al processo di prevenzione, cura e riabilitazione - Garantire appropriati livelli di assistenza infermieristica, tecnica e riabilitativa in rapporto alla programmazione aziendale e alla disponibilità di risorse definite dal budget annuale - Assicurare lo sviluppo dei processi assistenziali, l'accesso, la presa in carico, la continuità della assistenza e la dimissione, coerentemente con le strategie aziendali - Assicurare l'integrazione multi-professionale attraverso lo sviluppo di modelli di assistenza in grado di sostenere e valorizzare le diverse competenze professionali - Garantire lo sviluppo delle competenze professionali, la selezione e l'inserimento delle risorse professionali di competenza - Garantire la gestione dei processi, attraverso l'analisi, la progettazione/riprogettazione e il governo dei percorsi di cura

		<ul style="list-style-type: none"> - Fornire supporto metodologico e tecnico alla Direzione Sanitaria nella programmazione, pianificazione e gestione delle attività assistenziali, nella verifica dell'efficacia dei risultati raggiunti, nella garanzia di un efficiente utilizzo delle risorse assegnate e nella individuazione dei processi di miglioramento - Perseguire gli obiettivi aziendali promuovendo la qualità delle attività assistenziali - Sviluppare la ricerca clinica e organizzativa
<p>Direttore di Presidio Ospedaliero</p>	<p>Economico-finanziaria Soddisfazione di pazienti e clienti interni Processi interni, produttività, qualità, program/project management Innovazione e cambiamento, change management</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raggiungere gli obiettivi di equilibrio di bilancio economico-aziendale gestendo il budget di Presidio Ospedaliero e problematiche quali, per esempio, la valutazione e il controllo della <i>cost-effectiveness</i>, dell'efficacia e dell'appropriatezza negli interventi, nonché la razionalizzazione dei consumi in rapporto agli obiettivi e ai risultati attesi - Mirare alla soddisfazione dei clienti interni e pianificare adeguatamente le attività in risposta alla committenza dal punto di vista della produzione - Gestire i conflitti interni e coordinare le diverse aree ospedaliere e di rappresentanza verso l'esterno; concorrere all'organizzazione del lavoro altrui per mezzo di integrazione, abbattimento dei silos aziendali, risoluzione dei conflitti e rappresentanza legale - Garantire l'equilibrio fra domanda e capacità produttiva e l'implementazione di logiche di gestione operativa e di <i>asset management</i> - Svolgere funzioni di trasferimento organizzativo del governo clinico, di affiancamento ai professionisti nella costruzione dei PDTA, secondo modelli di processi produttivi - Concorrere alla ricerca di condizioni che garantiscano all'assistito la miglior qualità di assistenza possibile - Svolgere funzioni di organizzazione delle strutture e di affiancamento dei professionisti come garanzia della sicurezza per gli assistiti - Contribuire al cambiamento dei processi produttivi attraverso la valutazione delle innovazioni tecnologiche, strumentali, gestionali e organizzative (HTA) e alla definizione dei criteri/requisiti per l'acquisizione delle stesse

		<ul style="list-style-type: none"> - Valutare la coerenza dell'innovazione con gli obiettivi strategici della propria Azienda; - Governare i processi in ambito igienico-sanitario, di prevenzione e sicurezza delle cure - Gestire la documentazione e i flussi informativi sanitari - Sovraintendere agli aspetti medico legali e vigilare sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte degli operatori sanitari - Esprimere valutazioni tecnico-sanitarie e organizzative e adottare provvedimenti straordinari con carattere di urgenza
<p>Direttori i Distretto</p>	<p>Economico-finanziaria Soddisfazione di pazienti e clienti interni Processi interni, produttività, qualità, program/project management Innovazione e cambiamento, change management</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raggiungere gli obiettivi di equilibrio di bilancio economico-aziendale gestendo il budget di distretto e problematiche quali, per esempio, la valutazione e il controllo della <i>cost effectiveness</i>, dell'efficacia e dell'appropriatezza negli interventi, nonché la razionalizzazione dei consumi in rapporto agli obiettivi e ai risultati attesi - Mirare alla soddisfazione dei pazienti e dei clienti interni - Pianificare adeguatamente le attività dal punto di vista di committenza e produzione nell'ottica di rispondere ai <i>need</i> della popolazione target, col fine ultimo di garantire equità d'accesso a tutti i servizi, all'assistenza primaria, ospedaliera e territoriale - Verificare gli esiti in termini di soddisfazione del cittadino - Sovraintendere l'attuazione razionale dei processi produttivi di sua pertinenza - Verificare i risultati e attuare processi di monitoraggio della qualità nelle diverse linee di lavoro, avendo cura della promozione e della facilitazione del lavoro multiprofessionale e interdisciplinare e del benchmarking interno - Valutare e migliorare la qualità dell'assistenza, che si esplicita per esempio attraverso l'analisi dei processi, l'implementazione delle linee guida e dei percorsi, la valutazione delle performance nonché la trasparenza e la tutela dell'organizzazione sanitaria nel confronto con gli stakeholders - Valutare le innovazioni tecnologiche, strumentali, gestionali e organizzative (HTA) e definire i criteri/requisiti per l'acquisizione delle stesse, attività che presuppone consapevolezza dei continui mutamenti dei

		<p>contesti socio-demografici, economici e organizzativi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidare e gestire le relazioni istituzionali, con il livello territoriale locale e il terzo settore, in affiancamento alla Direzione Generale. Il profilo ricopre il ruolo di <i>boundary spanning role</i>, ovvero funge da cerniera tra la rete interna all'organizzazione e gli stakeholders esterni
Farmacista territoriale e ospedaliero	<p>Economico-finanziaria</p> <p>Soddisfazione di pazienti e clienti interni</p> <p>Processi interni, produttività, qualità, program/project management</p> <p>Innovazione e cambiamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definire i fabbisogni, strutturare i contenuti delle gare d'appalto ed eseguire i contratti e la vigilanza sugli stessi, inventariare i beni, gestire ed efficientare il budget - Monitorare le prescrizioni e l'appropriatezza prescrittiva - Svolgere attività di ricerca, formazione e informazione nonché di <i>horizon scanning</i> e di Health Technology Assessment (HTA) per farmaci, dispositivi medici e tecnologie in genere - Aumentare la <i>health literacy</i>, ovvero l'educazione all'utilizzo del farmaco, a supporto di MMG/PLS, medici specialisti, personale delle professioni sanitarie - Eseguire la ricognizione delle terapie in atto, propedeutica alla riconciliazione terapeutica (nel caso delle politerapie) in maniera da rilevare e conoscere, in modo chiaro e completo, la terapia farmacologica seguita assieme ad altre informazioni relative al paziente e consentire al medico prescrittore di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla del tutto o in parte
Ingegnere Clinico	<p>Economico-finanziaria</p> <p>Soddisfazione di pazienti e clienti interni, gestione della sicurezza di strutture e impianti</p> <p>Processi interni, produttività, qualità, program/project management</p> <p>Innovazione e cambiamento, change management</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definire i fabbisogni, strutturare i contenuti delle gare d'appalto ed eseguire i contratti vigilando sugli stessi, inventariare i beni, gestire ed efficientare il budget - Garantire la produttività e la qualità, la soddisfazione di pazienti e clienti interni, nonché la corretta gestione delle manutenzioni dei dispositivi biomedicali - Supervisionare al fine di incrementare l'appropriatezza gestionale e la qualità - Gestire proattivamente tanto le relazioni interpersonali all'interno del gruppo di lavoro del quale sono responsabili, quanto quelle che valicano i confini propriamente aziendali, imprescindibili per la creazione di un networking efficiente - Svolgere attività di ricerca, formazione e

		<p>informazione nonché di <i>horizon scanning</i> e di Health Technology Assessment (HTA)</p>
<p>Responsabili degli acquisti</p>	<p>Economico-finanziaria Soddisfazione di pazienti e clienti interni Processi interni, produttività, qualità Innovazione e cambiamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorare continuamente la spesa attraverso l'imputazione dei costi a bilancio, ma soprattutto la definizione, attraverso incontri mirati con la parte sanitaria, dei livelli di spesa assegnati a ogni Centro di responsabilità. Fondamentale è il suo ruolo nella Programmazione aziendale per le rilevanti implicazioni che il sistema acquisti ha sul piano economico-finanziario - Assicurare il governo interno delle procedure di gara, lo svolgimento delle attività a esse inerenti in modo celere e tempestivo, coinvolgendo i clinici, e il perseguimento dell'aggiudicazione della stessa gara per garantire i servizi interni—come pulizie, ristorazione e servizi in generale. Tre processi che vedono nel responsabile acquisti un ruolo centrale, anche in considerazione del fatto che i servizi cosiddetti alberghieri contribuiscono al confort del paziente - Formulare capitolati di gara che consentano di ottenere beni e servizi di alta qualità a costi ragionevoli e corrispondenti al fabbisogno dell'Azienda. I processi interni vengono definiti sulla base dell'oggetto della gara e cioè coinvolgendo i professionisti ai quali il bene o servizio è diretto. Le Aziende pongono l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, e di conseguenza gli attori coinvolti nel ciclo degli approvvigionamenti devono porsi l'obiettivo dell'appropriatezza degli acquisti. L'operato del Responsabile acquisti è altamente influente sulla programmazione in coerenza con i fabbisogni aziendali e i vari livelli (talvolta esterni) di accentramento delle procedure di acquisto (logica dell'aggregazione della domanda) - Rispondere ai cambiamenti continui della normativa e mettere in pratica l'interpretazione originale degli spazi discrezionali della norma, di carattere nazionale o regionale, orientandola soprattutto alla innovazione nelle procedure di gara. Tra queste rientra l'adesione a forme consorziate tra Aziende ospedaliere nella predisposizione di capitolati di beni e servizi, con il valore aggiunto della condivisione delle problematiche e la loro soluzione in un sistema <i>allineato</i> e omogeneo. Innovazione e cambiamento sono elementi fondamentali ai

		quali il responsabile degli acquisti deve guardare per avviare procedure di gara <i>innovative</i> , valorizzando strumenti di <i>e-procurement</i> , <i>HTA</i> , <i>vendor rating</i>
Responsabile degli Uffici tecnici	Economico-finanziaria Soddisfazione di pazienti e clienti interni, gestione della sicurezza di strutture e impianti Processi interni, produttività, qualità, program/project management Innovazione e cambiamento, change management	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuire alle scelte strategiche del Piano investimenti e alla definizione delle linee economico-finanziarie dell'organizzazione per il budget aziendale e alla determinazione delle priorità di intervento - Contribuire alla soddisfazione dei pazienti e/o clienti interni organizzando e rispondendo puntualmente gli interventi di gestione/manutenzione e sicurezza del patrimonio immobiliare (strutture e impianti) - Definire i processi che riguardano la gestione di tale patrimonio, la sicurezza dello stesso e l'adeguamento delle relative strutture e impianti, con particolare attenzione per la qualità della committenza e per la sostenibilità delle scelte di intervento - Definire gli interventi e il monitoraggio dei processi interni. In particolare, svolge e coordina i processi relativi alla progettazione e realizzazione degli interventi di trasformazione del patrimonio aziendale, esercitando direttamente il ruolo di <i>project manager</i> (RUP) o coordinando i RUP del Servizio - Supportare la Direzione strategica nel definire processi innovativi che riguardano la gestione del patrimonio immobiliare, la sicurezza, l'efficienza energetica ecc. Talvolta, il Direttore dell'Area Tecnica/Servizio/Dipartimento Tecnico svolge un ruolo centrale nel cambiamento organizzativo della struttura tecnica aziendale, nonché nella trasformazione delle strutture in ottica di maggiore sostenibilità ambientale
Responsabili del sistema informativo	Economico-finanziaria Soddisfazione di pazienti e clienti interni Processi interni, produttività, qualità, governance dei Sistemi Informativi, gestione delle Operation dei Sistemi Informativi Innovazione e cambiamento,	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborare con la Direzione Strategica nella definizione delle linee economiche-finanziarie dell'organizzazione contribuendo alle scelte di innovazione di processo, valutandone anche gli impatti economici e le implicazioni strategiche relative al monitoraggio e alla proiezione della spesa - Svolgere il ruolo di interlocutore della Direzione strategica della Azienda nella definizione della strategia ICT, relativa tanto a processi interni (es. sistemi a supporto della clinica) che alle relazioni con l'utenza finale (es.

	<p>Program/Project Management, Change Management</p>	<p>sistemi di dialogo con assistiti/pazienti), poiché i servizi ICT supportano e abilitano la strategia organizzativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supportare le Direzioni strategiche e operative dell'organizzazione, sia nella definizione delle ristrutturazioni dei processi che nella misurazione e monitoraggio di produttività e qualità interne. Infatti, il CIO (<i>Chief Information Officer</i>) è responsabile della definizione in autonomia (seppure in linea con la strategia aziendale) delle modalità di governance e di gestione operativa dei sistemi ICT - Agire (a volte anche in totale autonomia) nella conduzione di progetti di innovazione dell'organizzazione, e coordinare il <i>portfolio</i> di progetti aziendali nell'ambito delle ICT. In strutture organizzative matriciali svolge un ruolo fondamentale nell'allocazione di risorse ICT a supporto del <i>portfolio</i> progetti aziendali (anche non esclusivamente nell'ambito delle ICT). Inoltre, le tecnologie ICT supportano il <i>change management</i>: il CIO è pertanto coinvolto nella definizione delle strategie di <i>change management</i> aziendale
<p>Direttore del Personale</p>	<p>Economico-finanziaria Soddisfazione di pazienti e clienti interni Processi interni, produttività, qualità, Innovazione e cambiamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestire in coordinamento con la Direzione strategica la spesa del personale, una delle principali voci di spesa delle Aziende <i>labour intensive</i>, non esclusivamente declinata in termini di salari e stipendi (es. fondi di sviluppo del personale). Le politiche del personale influenzano in maniera importante l'assetto economico-finanziario di un Ente - Coordinare con efficacia i percorsi di sviluppo del personale (percorsi di carriera, crescita professionale, nuovi ruoli/competenze in linea con l'evoluzione dei sistemi sanitari). La valorizzazione introduce, infatti, il benessere e la soddisfazione dei dipendenti come elemento di verifica del rischio di stress lavoro correlato e, soprattutto, come fattore di successo delle organizzazioni (maggior benessere all'interno dei luoghi di lavoro incrementa i livelli di performance) - Effettuare una continua revisione dei processi interni finalizzata al miglioramento del clima interno, alla produttività del personale, alla qualità del servizio, anche attraverso innovazioni tecnico-organizzative come lo

		<p><i>smart working</i> o l'abbreviazione dei tempi di lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnare l'innovazione continua sotto diversi aspetti, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> ✓ dal punto di vista organizzativo (innovazione organizzativa) ✓ dal punto di vista delle competenze dei professionisti, strettamente collegato a sistemi di gestione per competenze e collegato alle opportunità del mercato del lavoro per ruoli emergenti nelle realtà sanitarie (social media manager, ingegnere gestionale ecc.) o alle tematiche dell'<i>ageing management</i> ✓ dal punto di vista delle innovazioni tecnologiche che comportano un impatto sull'organizzazione e sulle competenze (es. <i>smart working</i>) ✓ in merito alle esigenze di turn-over, aspetto al quale si deve rispondere con anticipo e con tecniche di preparazione/affiancamento delle <i>nuove leve</i> per la salvaguardia del know-how aziendale ✓ prendendo in considerazione la valutazione delle capacità innovative in fase di reclutamento
Risk manager	Economico-finanziaria; Soddisfazione pazienti e clienti interni; Processi interni, produttività, qualità; Innovazione e cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Analizzare i rischi inerenti l'attività aziendale in ambito sanitario ed extra-sanitario - Facilitare l'emersione/identificazione degli eventi avversi con monitoraggio, analisi e azioni correttive - Implementare sistemi di segnalazione volontaria - Garantire il rispetto degli obblighi inerenti il Sistema Informativo di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) per Sinistri ed Eventi sentinella; - Monitorare i percorsi assistenziali attraverso l'individuazione di appropriati indicatori di struttura, processo, esito, qualità ecc. - Monitorare le azioni correttive individuate a seguito di analisi intensiva
Responsabile Prevenzione e Protezione	Economico-finanziaria; Processi interni, produttività, qualità; Innovazione e cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Individuare i fattori di rischio, procedere alla valutazione dei rischi e alla individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della conoscenza specifica dell'organizzazione aziendale

	Performance organizzativa	<ul style="list-style-type: none">- Elaborare, per quanto di competenza, misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2 del D.Lgs. 81/08 e dei sistemi di controllo di tali misure- Elaborare procedure di sicurezza per le varie attività aziendali- Proporre programmi di informazione e formazione dei lavoratori- Partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'art. 35 del D.Lgs. 81/08- Fornire ai lavoratori le informazioni previste dall'art. 36 del D.Lgs. 81/08
--	---------------------------	---

3. I risultati: profilatura e ambiti di attenzione per lo sviluppo del middle management

Si riportano, per ciascun profilo analizzato, i principali risultati ottenuti in termini di individuazione delle competenze chiave e delle linee prioritarie per il loro sviluppo professionale attraverso la validazione da parte di un pool di Direttori generali di Aziende associate a FIASO.

3.1 Direttore di Dipartimento Clinico Assistenziale *a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti*

Le competenze con punteggio più elevato sono:

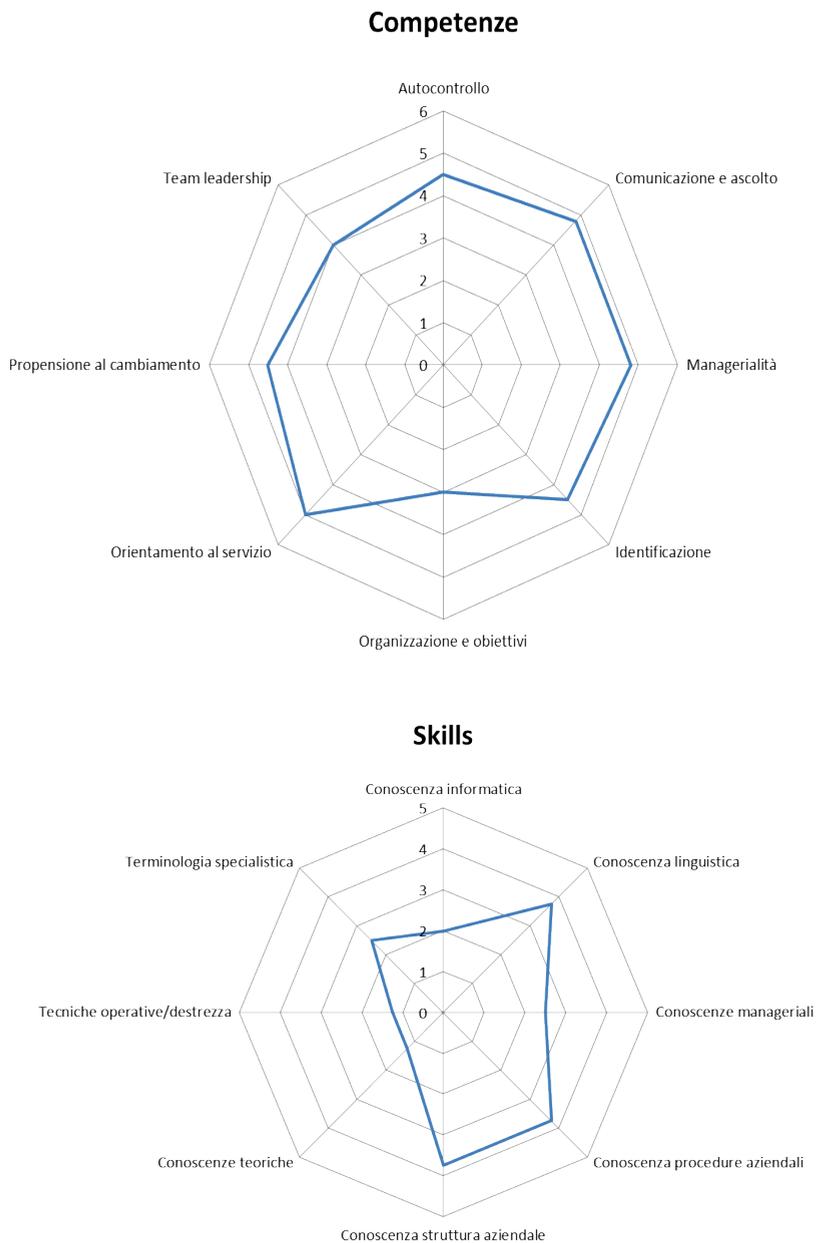
- a. Orientamento al servizio;
- b. Comunicazione e ascolto;
- c. Managerialità.

Il Direttore di Dipartimento Clinico Assistenziale è responsabile del perseguimento e della verifica del raggiungimento degli obiettivi attribuiti dalla Direzione Generale, tra cui il razionale utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e dei materiali di consumo, per i quali deve prevedere appositi criteri di valutazione.

Deve possedere uno spiccato orientamento al servizio per via della sua responsabilità sul servizio complessivo erogato dal dipartimento, nonché sviluppate capacità di comunicazione e ascolto per poter coordinare e indirizzare il personale a esso afferente.

Le Direzioni Generali hanno individuato una terza competenza altrettanto prioritaria: la managerialità. Essa è considerata fondamentale per governare il dipartimento in linea con le strategie aziendali e utilizzando i più moderni strumenti manageriali.

Figura 15. Rappresentazione grafica delle competenze e skill del Direttore di Dipartimento



Infine, nella Tabella 4, si presentano i KPA, i KPI e i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 4. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Direttore di Dipartimento Clinico Assistenziale

RUOLO Dir. Dip.	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Contenimento costi	Costo medio unitario (CMU) in Euro	15%
	Rispetto di vincolo di produzione strategico	Incremento % rispetto ad anno precedente (specialistica ambulatoriale per richiedenti esterni)	15%
CUSTOMER PERSPECTIVE	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei parametri previsti dal PNGLA (si/no) [target variabili a seconda di triennio/regione]	20%
	Soddisfazione del paziente	Nr. reclami/anno	5%
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Tempistiche per le consulenze	Tempo medio di erogazione della consulenza a reparti e PS (annuo)	5%
	Implementazione dei PDTA	Nr. PDTA adottati senza omissioni in reportistica prevista	10%
	Durata della degenza	Durata media degenza in dipartimento	10%
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Accreditamento	Ottenimento/mantenimento accreditamento previsto da piano strategico (si/no)	5%
	Appropriatezza della documentazione e comunicazione	% inserimenti senza errori su piattaforma AIFA per farmaci sottoposti a monitoraggio	15%
% cartelle compilate aderenti ai criteri di completezza aziendali			

3.2 Direttore delle Professioni Sanitarie

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Consapevolezza organizzativa;
- b. Managerialità;
- c. Orientamento al servizio;
- d. Team work;
- e. Team leadership.

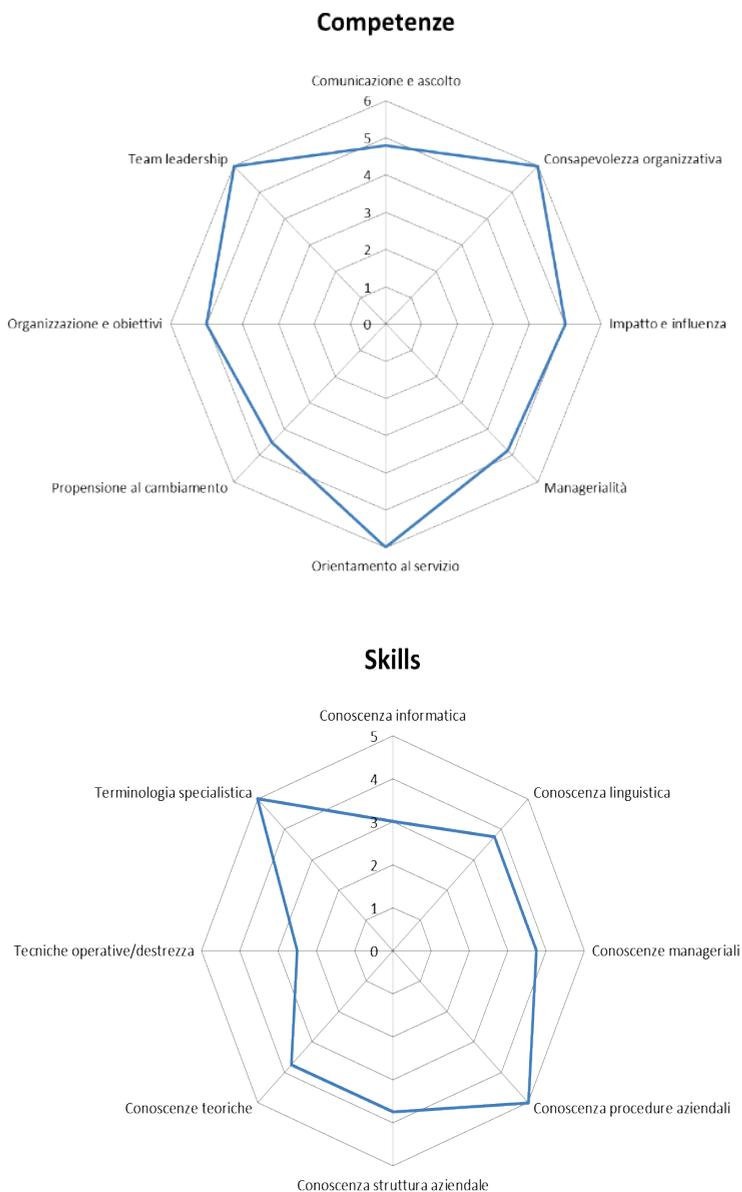
Il Direttore delle Professioni Sanitarie garantisce risposte ai bisogni di assistenza infermieristica e di riabilitazione con appropriatezza, qualità, efficacia professionale ed efficienza operativa in tutte le attività assistenziali, riabilitative e tecnico-sanitarie prestate nell'ambito del percorso di cura del paziente. Si propone altresì di concorrere ad assicurare a tutti gli utenti un'assistenza personalizzata e di qualità attraverso la revisione dell'organizzazione del lavoro, l'incentivazione di modelli di presa in carico globale della persona e l'utilizzo di metodologie di pianificazione per obiettivi. Egli promuove il lavoro di équipe multi-professionale e contribuisce al raggiungimento del benessere organizzativo.

Per poter far fronte a tali responsabilità, è prioritario che egli abbia una spiccata consapevolezza organizzativa, per poter gestire i processi all'interno e attraverso le varie unità organizzative (oltre che a livello inter-organizzativo). Inoltre, data la sua complessiva responsabilità sull'erogazione dei servizi infermieristici e assistenziali, egli deve possedere un elevato orientamento al servizio.

La competenza della managerialità, originariamente considerata prioritaria dalle Associazioni professionali, è considerata rilevante anche dalle Direzioni Generali, seppure con priorità leggermente inferiore. Questo è considerato coerente con il posizionamento gerarchico della figura professionale, che non detiene responsabilità manageriali maggiori rispetto a quelle dei direttori di *setting*.

Infine, le Direzioni Generali propongono di sostituire la competenza *team work* con *team leadership* poiché ritengono prevalga l'aspetto di direzione e sviluppo della motivazione su quello della collaborazione.

Figura 16. Rappresentazione grafica delle competenze e skill del Direttore delle Professioni Sanitarie



Nella Tabella 5 si elencano i KPA, i KPI e i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 5. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Direttore delle Professioni Sanitarie

RUOLO Dir. Prof. Sanitarie	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Costi legati a staffing RU	# Annuo ore di lavoro straordinarie	10%
		# Annuo di <i>near miss</i>	
	Costi generali	Spesa annua a consuntivo per presidio assistenziale/spesa annua a budget per pa	5%
		Spesa annua a consuntivo per servizi infermieristici/spesa annua a budget per si	
CUSTOMER PERSPECTIVE	Soddisfazione del paziente	# Reclami annui di pazienti	20%
		# Encomi annui di pazienti	
	Soddisfazione del cliente interno	Tasso di turnover annuo personale prof. sanitarie	20%
		Tasso medio di assenteismo prof. sanitarie	
	# Annuo indagini avviate su tema stress lavoro correlato		
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Qualità legata a processi assistenziali	% lesioni cutanee vs medie regionali	15%
		% cadute pazienti vs medie regionali	
	Formalizzazione delle procedure	# Procedure chiave formalizzate come procedure aziendali	10%
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Modelli organizzativi orientati alla personalizzazione della presa in carico	# Progetti sul tema attuati in Azienda	10%
		# Progetti sul tema attuati in collaborazione con altre strutture e/o Regione	

	Modelli di valorizzazione delle competenze professionali e sviluppo di carriera	Presenza di percorsi di sviluppo di carriera per professionisti specialisti e/o esperti (Si/No)	10%
		Presenza di sistemi di selezione e pesatura dei nuovi ruoli specialisti e/o esperti (Si/No)	

Tra i contenuti prioritari per lo sviluppo formativo del Direttore di Dipartimento Clinico Assistenziale e del Direttore delle Professioni sanitarie si segnalano:

Tabella 6. Contenuti prioritari per lo sviluppo formativo del Direttore di Dipartimento Clinico Assistenziale e del Direttore delle Professioni

Competenza	Contenuto formativo	Note metodologiche
Orientamento al servizio (DD, DPS)	Strategie per la misurazione del valore pubblico verso gli stakeholder	Aula, Distanza
Managerialità (DD, DPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Metodi per governare la complessità decisionale e il time management • Evoluzione degli strumenti manageriali • Costruzione del proprio mandato di direzione 	Aula (presenza e distanza) Lavoro individuale a distanza
Comunicazione e ascolto (DD)	<ul style="list-style-type: none"> • Tecniche per aumentare la partecipazione nei processi di interazione • Tecniche di comunicazione • Logiche di empowerment dei collaborator. 	Aula (presenza e distanza) e casi di studio Testimonianze
Consapevolezza organizzativa (DPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Scenari di evoluzione delle Aziende sanitarie e ospedaliere • Nuovi paradigmi organizzativi (macrostrutture, microstrutture, reti/network) • Emergenze e crisi (pandemie) 	Aula (distanza e presenza) Testimonianze

	<p>implicazioni su scelte organizzative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fondamenti di organizzazione e di sviluppo organizzativo • Le ragioni per l'innovazione e le trasformazioni organizzative in corso • Integrazione sanitaria e socio-sanitaria; relazioni verticali (Riabilitazione e lungodegenza, Ospedali; Poliambulatori e attività extra-ospedaliera; medicina base) 	
Team leadership (DPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Principi di leadership • Tecniche di sviluppo di una visione condivisa 	Aula (presenza e distanza)

3.3 Ingegnere clinico

a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino, Niccolò Principi, Davide Carnevali

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Orientamento al servizio;
- b. Organizzazione e obiettivi;
- c. Sviluppo dei collaboratori;
- d. Managerialità.

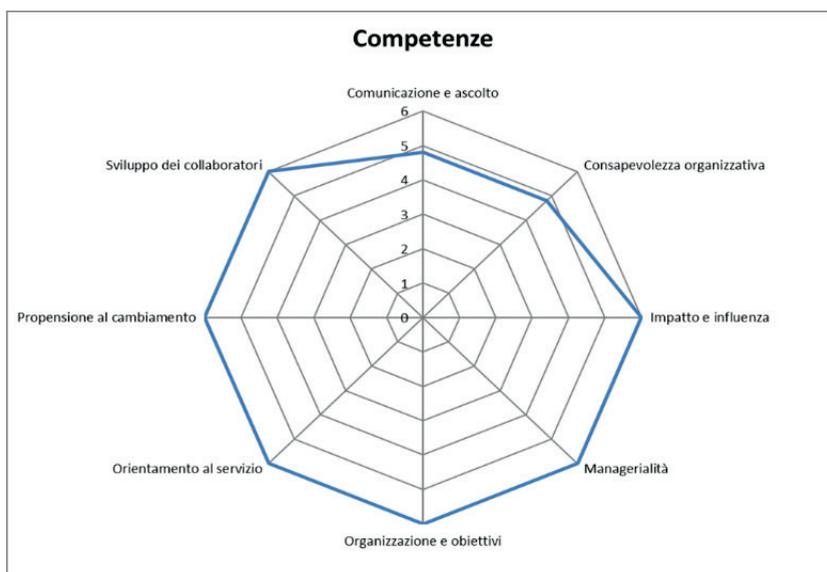
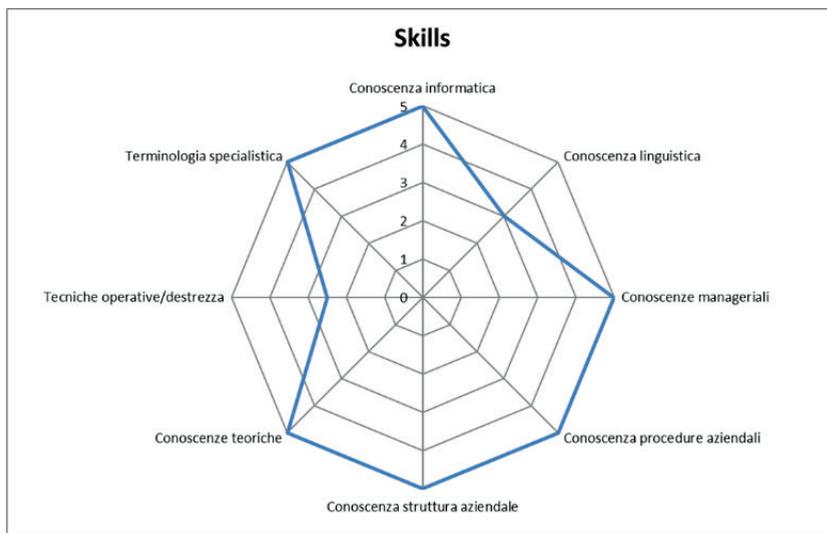
L'ingegnere clinico è responsabile della gestione del parco tecnologico all'interno dell'Azienda sanitaria, sia da un punto di vista tecnico che economico e deve, quindi, possedere un forte orientamento al servizio ed elevate capacità organizzative oltre che manageriali nella gestione delle proprie risorse (tecnici di manutenzione).

Nello svolgimento delle proprie mansioni l'ingegnere clinico deve interfacciarsi con diversi stakeholders, occuparsi di aspetti che possono influire anche in modo rilevante sulla gestione dell'organizzazione e sostenere i clinici e la direzione nella scelta della tecnologia più idonea. Per questo motivo le Direzioni hanno attribuito alla competenza, impatto e influenza un punteggio più elevato rispetto a quello riconosciuto dall'Associazione.

Il ruolo, infine, deve possedere un'elevata capacità di far fronte ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di innovazione tecnologica (nonché una certa sensibilità nei confronti dell'innovazione) o dal rinnovo tecnologico

all'interno di un'Azienda. Per questa ragione le Direzioni hanno modificato la competenza *leadership* con la *propensione al cambiamento*.

Figura 17. Rappresentazione grafica delle competenze e skills dell'Ingegnere Clinico



Si riportano in Tabella 7 i KPA, i KPI e i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 7. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti all'Ingegnere Clinico

RUOLO Ingegnere Clinico	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Monitoraggio in itinere delle dinamiche di costo (gestione delle gare d'appalto e verifica con l'ufficio acquisti)	% Spesa di manutenzione Previsione spesa	10%
		% Spesa effettuata Totale spesa autorizzata	
		Numero di attrezzature acquistate Numero pianificato	
	Controllo delle attività di manutenzione	Valutazione dell'efficienza delle manutenzioni del parco (indice di <i>uptime</i>)	15%
CUSTOMER PERSPECTIVE	Gestione dei rapporti con l'industria	Grado di coinvolgimento dei produttori/fornitori preliminarmente alla redazione di progetti (capitolati tecnici, capitolati di gara, analisi di fattibilità introduzione di nuove tecnologie)	5%
	Attenzione al cliente interno (verso medici e sanitari)	Analisi delle istruttorie in rapporto alle richieste pervenute	5%
		Tempo medio di evasione delle richieste (non sempre misurabile)	
	Attenzione al cliente interno (verso la direzione strategica) (filtro alle richieste dei medici)	Predisposizione di un programma di investimenti	10%

		Numero di incontri durante l'anno	
	Capacità di pianificazione e analisi del bisogno	Pianificazione degli acquisti tenendo conto degli indici di sostituzione sulle apparecchiature	10%
Dimensionamento del parco tecnologico rapportato al personale disponibile			
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Salute del parco tecnologico (ottimizzazione nell'uso delle tecnologie)	Tempo di fermo macchina (intervallo di tempo durante il quale una tecnologia biomedica si trova in uno stato di totale o parziale indisponibilità)	5%
		Tempo di primo intervento (intervallo di tempo che intercorre tra il momento in cui il guasto è notificato ai responsabili della manutenzione e il momento di inizio della manutenzione)	
		Tempo di risoluzione del guasto (intervallo di tempo che intercorre tra il momento in cui il guasto è notificato ai responsabili della manutenzione e il momento in cui la tecnologia riprende a funzionare secondo le condizioni stabilite)	

	Salute del parco tecnologico (robustezza dei processi organizzativi a supporto della sicurezza e gestione dei rischi)	Numero di incidenti segnalati provocati dalle apparecchiature	5%
	Salute del parco tecnologico (appropriatezza dell'uso della tecnologia per il tipo di procedure)	Valutazione delle attività e dei processi in cui vengono inserite le tecnologie	5%
		Distribuzione adeguata alle attività in base la numero di pazienti, di prestazioni attese e al numero di reparti che utilizzano le apparecchiature	
	Salute del parco tecnologico (monitoraggio dell'obsolescenza della tecnologia)	Monitoraggio del numero di prestazioni erogate con il device (quando possibile rilevati tramite RIS-PACS, altrimenti attraverso flussi contabili (al netto dell'indistinguibilità fra prestazioni in regime ambulatoriale e interne)	5%
		Valutazione dell'obsolescenza: valutazione dello stato funzionale, consultazione dei dati Assobiomedica, Cocir ecc. sulle apparecchiature e le loro caratteristiche, valutazione di tecnologie alternative	

	Salute del parco tecnologico (pianificazione degli investimenti)	Indice di criticità funzionale (dà priorità alle apparecchiature vitali, poi critiche, poi non critiche)	10%
		Frequenza di monitoraggio dei dispositivi obsolescenti o con problemi tecnici	
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Sviluppo del sapere specialistico	Raggiungimento CFP annuali	10%
		Raggiungimento delle ore di formazione individuale previste dal capitolato per l'utilizzo della tecnologia	
	Capacità di esprimere impatto e influenza nella scelta di determinate tecnologie nel processo di cura	Frequenza nel confronto con i clinici	5%

3.4 Farmacista ospedaliero e territoriale

a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino, Niccolò Principi, Davide Carnevali

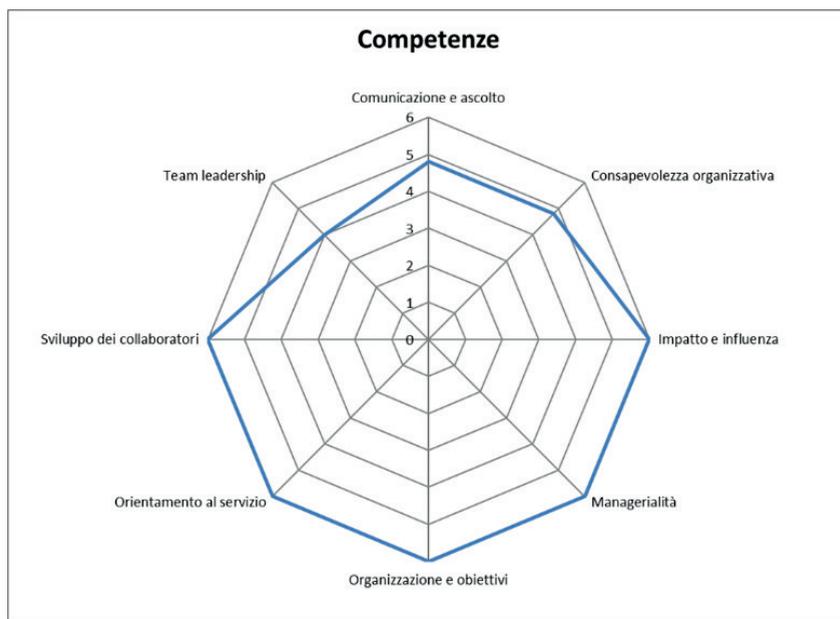
Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Orientamento al servizio;
- b. Organizzazione e obiettivi;
- c. Sviluppo dei collaboratori;
- d. Managerialità.

Il farmacista ospedaliero coordina l'intero processo logistico del farmaco, dal fornitore al letto del paziente. Nello specifico, è responsabile degli acquisti di farmaci e dispositivi medici, stoccaggio e distribuzione, controllo dell'uso e della spesa. Per le attività che svolge deve possedere, quindi, elevate doti organizzative, orientamento al servizio, managerialità, sviluppo dei collaboratori.

Le Direzioni hanno attribuito alla competenza *impatto e influenza* un punteggio più elevato rispetto a quello riconosciuto dall'Associazione, rivestendo il farmacista un ruolo strategico nelle scelte intraprese all'interno dell'organizzazione.

Figura 18. Rappresentazione grafica delle competenze e skills del Farmacista Ospedaliero e territoriale



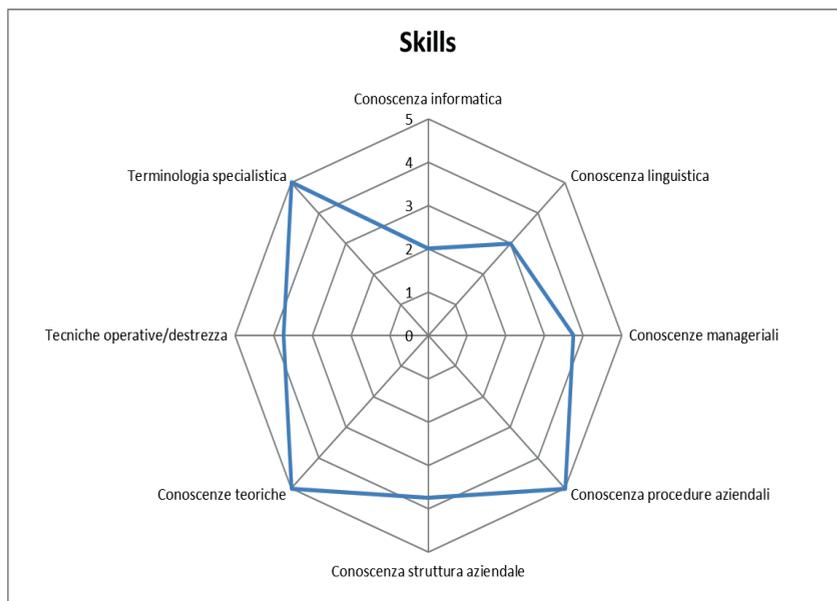


Tabella 8. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Farmacista Ospedaliero e territoriale

RUOLO Farmacista ospedaliero e territoriale	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Analisi dei bisogni, programmazione, monitoraggio e controllo	Analisi ed elaborazione dei consumi storici/analisi delle nuove richieste	15%
		Adozione di cruscotti direzionali	
		Spesa per beni farmaceutici/produzione lorda*100	
		Numero di farmacisti presenti/numero previsto da accreditamento	
		Numero di gare alle quali si partecipa/numero di gare previste	
	Ottimizzazione della logistica Ospedale /Territorio,	Numero di audit di monitoraggio eseguiti/numero di contratti	15%

	approvvigionamento, conservazione, stoccaggio e consegna dei prodotti e gestione degli scaduti	Numero di NC gravi gestite dalla farmacia/numero di contratti Numero di prontuari di reparto/numero di reparti % di scaduti in farmacia o in reparto Numero di furti nel tempo e valore del materiale indebitamente sottratto Numero di NC da carenza di prodotti seppur disponibili sul mercato/numero di richieste prodotti Numero di recall gestiti nei tempi/numero di recall ricevuti	
CUSTOMER PERSPECTIVE	Gestione dei rapporti con il cliente interno ed esterno, con l'industria e con le Istituzioni	Numero di progetti innovativi sottoposti alla direzione/anno % di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati Tempo medio di evasione delle richieste Presenza attiva in commissioni e gruppi di lavoro multidisciplinari Numero di pazienti raggiunti per educazione all'uso del farmaco e dispositivo medico % di operatori valutati Tasso di gradimento del clima organizzativo Incontri di condivisione Tasso di soddisfazione degli operatori Predisposizione di un regolamento sull'informazione di prodotti farmaceutici Numero di progetti di partnership attivati/numero di Aziende fornitrici	15%

		Numero di partecipazioni a tavoli di lavoro istituzionali/numero di tavoli istituiti di competenza	
		% di aderenza agli standard regionali/provinciali di miglioramento della qualità e sicurezza	
		% di raggiungimento degli obiettivi assegnati	
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Implementazione, in funzione del contesto, di tutti i processi primari di una farmacia ospedaliera o del territorio	Tasso di evasione nei tempi stabiliti delle richieste di preparati galenici	15%
		Numero di preparazioni/numero prescrizioni	
		Presenza del settore radiofarmacia con radiofarmacisti se presente la medicina nucleare	
		Presenza del settore galenica clinica (UFA) se presente attività oncologica	
		Definizione di un sistema uniforme di preparazione e distribuzione dei farmaci in tutti gli ospedali	
		Numero di farmacisti di reparto/numero di reparti	
		Tasso di adesione presso i reparti delle raccomandazioni del Ministero della Salute su prodotti farmaceutici attraverso la diffusione di procedure <i>ad hoc</i> e monitoraggio della applicazione	
		Numero di rapporti di farmacovigilanza	
		Numero di report periodici prodotti indirizzati ai medici e alla popolazione	
		Numero di protocolli di cura condivisi con i prescrittori	

		Numero NC gravi di prescrizione rilevate dal farmacista/numero di prescrizioni	
		% di aderenza alla terapia	
		Numero di ricognizioni (per la riconciliazione terapeutica) effettuate/numero di ricoveri (farmacista di reparto)	
	Promozione e monitoraggio della qualità e della legalità	% di diffusione e applicazione delle leggi e norme di competenza	15%
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Sviluppo del sapere specialistico	Presenza di un piano di formazione annuale	15%
		Presenza di un piano di sviluppo individuale	
		Numero di corsi del piano erogati/numero di corsi pianificati	
		Numero di ore di formazione/numero di ore lavorate	
	Impatto e influenza nella gestione dei PDTA	Implementazione di politiche e procedure aziendali di gestione dei prodotti farmaceutici	10%
		Numero di PDTA redatti con partecipazione del farmacista/numero di PDTA redatti	

Tabella 9. Contenuti prioritari per lo sviluppo formativo dell'Ingegnere Clinico e del Farmacista ospedaliero e territoriale

Competenze	Contenuto formativo	Note metodologiche
Managerialità (IC, F)	Principi di leadership	Aula
	Metodi per governare la complessità decisionale e la buona gestione del tempo	Aula ed esercitazione
	Costruzione del proprio mandato di direzione	Aula e lavoro individuale a distanza
Orientamento al servizio (IC, F)	La produzione di valore nelle organizzazioni: quadri	Aula

	concettuali e schemi interpretativi applicati alla sanità	
	Il concetto di servizio e la sua progettazione	Aula e <i>case study</i>
	La gestione del valore con gli stakeholders interni ed esterni (governance e routine di interazione)	Aula e testimonianza
Organizzazione e obiettivi (IC, F)	Logiche e tecniche per organizzare il lavoro dei collaboratori	Aula
	Strumenti di pianificazione del lavoro	Aula ed esercitazione
	Skill per costruire la delega e gestire il rapporto con il collaboratore	Aula (<i>flipped class</i>) e testimonianza
Sviluppo dei collaboratori (IC, F)	I fondamenti della motivazione e la gestione del contratto psicologico	Aula
	La valutazione e i feedback <i>formativi</i>	Aula (<i>flipped class</i>) ed esercitazione
	Mappare e gestire per competenze	Aula e <i>case study</i>

3.5 Direttore di Distretto

a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino, Niccolò Principi, Davide Carnevali

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Consapevolezza organizzativa;
- b. Propensione al cambiamento.

Il Direttore di Distretto realizza le indicazioni della Direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al Distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale.

Funge da connettore tra i diversi attori e ambiti e per questa ragione deve lavorare con una forte motivazione alla comprensione delle necessità dei clienti interni ed esterni e al soddisfacimento delle loro richieste e deve essere non solo reattivo ma anche proattivo nella gestione del rapporto con essi.

Per queste ragioni le direzioni assegnano alla *comunicazione e ascolto* e all'*orientamento al servizio* un punteggio massimo, ma abbassano il punteggio dell'*organizzazione e obiettivi* poiché il ruolo non fissa obiettivi con ampi margini di incertezza, ma realistici in quanto lavora analizzando attentamente il territorio, i fabbisogni, la fattibilità e sostenibilità dell'offerta.

Figura 19. Rappresentazione grafica delle competenze e skills del Direttore di Distretto

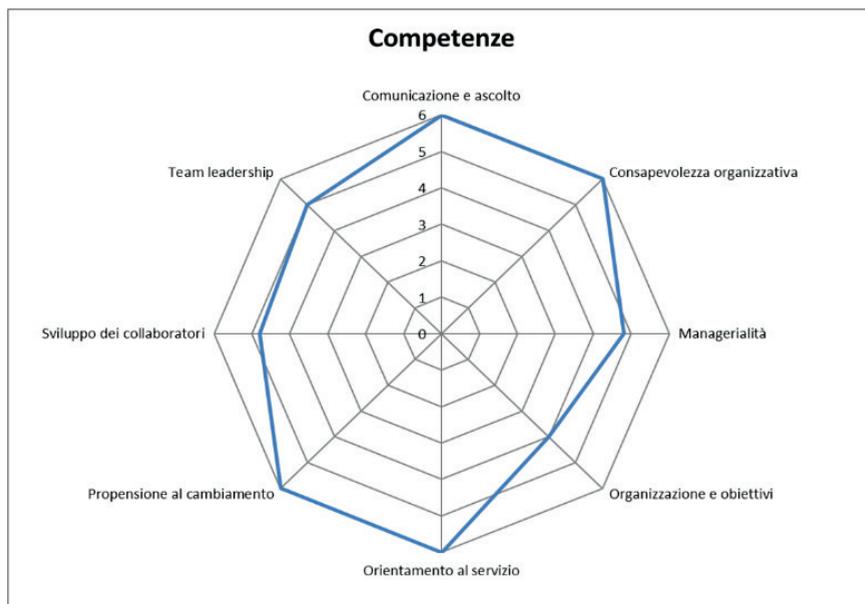
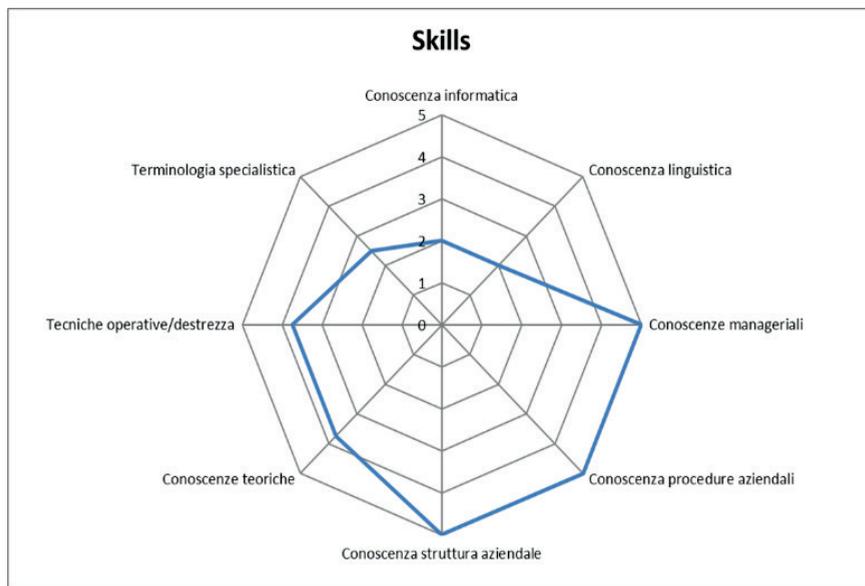


Tabella 10. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Direttore di Distretto

RUOLO Direttore di Distretto	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Capacità di committenza con il privato accreditato e con il pubblico (strutture intermedie, RSA e strutture specialistiche)	Presenza di un piano della committenza costruito sull'analisi dei fabbisogni	10%
		Presenza di una procedura di verifica dell'aderenza al piano di performance e dell'appropriatezza delle prestazioni offerte	
	Monitoraggio dei consumi e dei costi relativi ai processi di assistenza per categorie omogenee di bisogno	Numero di attività deputate al controllo del consumo dei presidi (es. internal audit)	10%
		Numero di attività deputate al controllo del consumo dei farmaci (es. internal audit)	
Numero di visite specialistiche			
Verifica del rispetto dei vincoli di bilancio			
CUSTOMER PERSPECTIVE	Accreditamento come interlocutore territoriale (esercitare la funzione di interlocutore degli enti locali in modo coordinato con le politiche aziendali)	Struttura del sistema di accountability sugli stakeholders (Enti locali, Sindaci, Comuni, Scuola, Associazioni rappresentative dei malati o di solidarietà). Numero di accordi formalizzati con gli stakeholders	10%
	Sviluppo di <i>health literacy</i> della popolazione	Numero di interventi di educazione alla salute e terapeutica	5%
		Numero di PDTA attivi nel distretto	10%
	Numero di casi reclutati nel PDTA		

	Pianificazione e supervisione dei PDTA e gestione dei PAC	Piano di sviluppo per altri PDTA	
		Numero di PAC (Pacchetto Assistenziale di Cura) territoriale	
		Numero di casi avviati al PAC	
	Attività di advocacy	Adozione di audit che analizzino le dimensioni per l'accessibilità e l'equità nelle popolazioni a maggior rischio di esclusione	
	Sviluppo di un piano di assistenza individuale (PAI)	Numero di assistiti presi in carico con PAI	5%
	Effettuazione della valutazione multidimensionale	% di UVM in cui si utilizzano scale di valutazione accreditate	5%
Customer experience	Valutazione quali-quantitativa dell'esperienza dei pazienti sui percorsi di cura	5%	
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Implementazione di un modello di presa in carico orientato all'integrazione delle fasi del processo di gestione clinico-organizzativa con focus sui pazienti fragili	Numero di ricoveri ripetuti	15%
		Tasso di ospedalizzazione	
		Esistenza di una procedura condivisa di dimissione protetta e frequenza di revisione della stessa	
		Esistenza del punto unico di accesso (PUA)	
		Numero di dimissioni protette	
		Numero dei casi di dimissione protetta con PAI	
		Numero di Unità di Valutazione Multidimensionale per dimissione protetta	
		Tempo che intercorre tra la	

		segnalazione da parte dell'ospedale e la presa in carico	
		Scostamento dai tempi di dimissione previsti dal protocollo	
		Numero di autorizzazioni rilasciate	
		Numero di pazienti con presa in carico integrata	
		Numero di Unità di Valutazione Multidimensionale con partecipazione dell'assistente sociale	
	Integrazione delle attività dei medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici di continuità assistenziale nei processi di cura e assistenza	Numero di incontri con i rappresentanti delle categorie (es. sindacati, coordinatori UCCP ecc...)	10%
		Tasso di adesione a specifici progetti territoriale	
		Tasso di adesione alla presa in carico	
		Numero di attività finalizzate al monitoraggio degli accordi e dei progetti integrativi aziendali	
		Partecipazione ai comitati aziendali per MMG, PLS, medici specialisti convenzionati interni	
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Capacità di lettura del bisogno della popolazione	Numero di bisogni evasi dal PUA	5%
	Sostegno e promozione della salute in tutte le politiche del territorio	Numero di accordi interistituzionali con oggetto <i>tutela della salute e popolazione</i> sottoscritti con stakeholders del territorio	5%
	Capacità di lettura dei determinanti non sanitari	Elaborazione del piano di comunicazione annuale su temi di salute	5%

		Tasso di adesione alle campagne di screening, vaccinazioni ecc.	
		Numero di eventi annui dedicati alla salute della popolazione	

3.6 Direttore di Presidio Ospedaliero

a cura di Federico Lega, Claudia Bianchino, Nicolò Principi, Davide Carnevali

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Managerialità;
- b. Organizzazione e obiettivi;
- c. Orientamento al servizio;
- d. Propensione al cambiamento.

Il Direttore di Presidio Ospedaliero dirige con autonomia tecnico-funzionale ed economico-finanziaria la struttura ospedaliera alla quale è preposto e ne è responsabile ai fini organizzativi e gestionali, assicura il contributo e l'integrazione funzionale delle UU.OO. del dipartimento alle linee di programma dell'Azienda, assicura l'applicazione delle linee di sviluppo delle azioni individuate dai responsabili dei settori della Direzione sanitaria nei dipartimenti di riferimento, concorre alla definizione dei criteri e delle priorità di allocazione delle risorse per le UU.OO., verificando la congruità tra risorse assegnate e obiettivi prefissati.

Per le attività che svolge deve possedere elevate doti manageriali, organizzative e di orientamento agli obiettivi e al servizio, e ottima propensione al cambiamento.

Le Direzioni Generali non hanno fornito integrazioni relativamente a questo profilo.

Figura 20. Rappresentazione grafica delle competenze e skills del Direttore di Presidio Ospedaliero

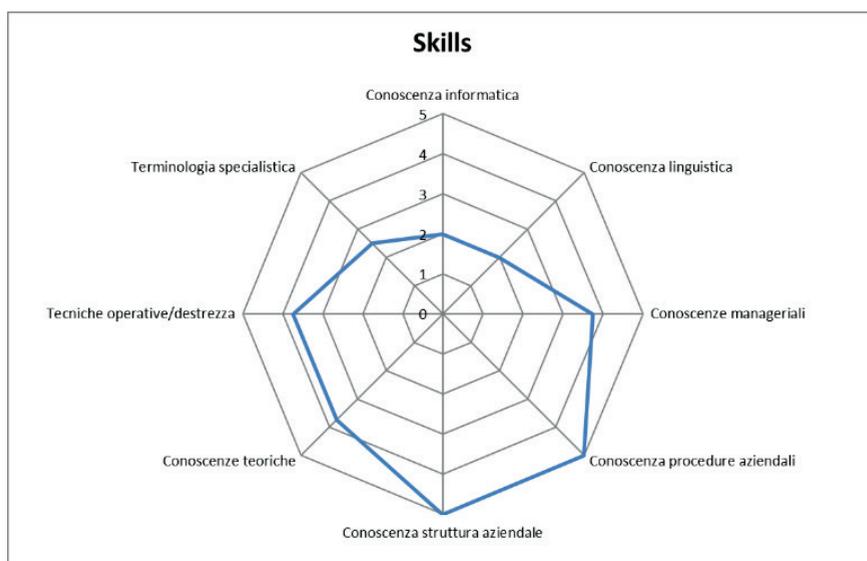
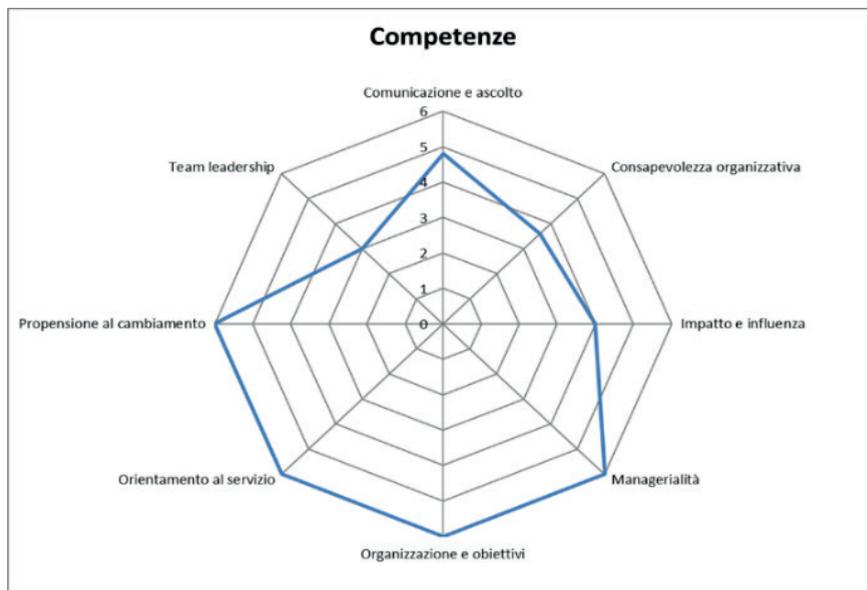


Tabella 11. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Direttore di Presidio Ospedaliero

RUOLO Direttore Presidio Ospedaliero	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Controllo delle dinamiche di costo	Analisi e discussione delle dinamiche di costo con i responsabili di U.U.O.O.	10%
		Presenza di un sistema di controllo direzionale che consente al DMPO di controllare su base sistematica l'andamento delle diverse voci di costo da tenere sotto controllo e con particolare riferimento agli obiettivi di budget	
	Monitoraggio delle performance dell'ospedale e dei connessi obiettivi gestionali	Adozione di un sistema di controllo direzionale del valore della produzione e di tutti i flussi/volumi di attività	10%
	Costruzione di un ospedale <i>value-based</i> , orientamento all'esito clinico (Value Based Healthcare, costruire un sistema centrato sui bisogni del paziente e non sulla singola patologia)	Adozione di un - sistema di monitoraggio di indicatori PNE, di esito/outcome - piano/progetto di miglioramento progressivo dei risultati	10%
Adozione di un piano di miglioramento della sicurezza e qualità delle cure e assistenza			
CUSTOMER PERSPECTIVE	Gestione dei rapporti con pazienti, professionisti e altri stakeholder (ingaggio e legittimazione presso i professionisti)	Survey interna	10%
	Gestione dei rapporti con pazienti,	Rilevazioni di <i>customer satisfaction</i>	

	professionisti e altri stakeholder (attenzione al cliente dell'ospedale)		
	Gestione dei rapporti con pazienti, professionisti e altri stakeholder (Presidiare e governare le relazioni con l'ambiente esterno e i diversi stakeholder)	Presenza e uso di un sistema strutturato di dialogo con i diversi portatori di interesse esterni all'ospedale (Associazione di pazienti, terzo settore, industria, ecc.)	
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Monitoraggio e miglioramento della sicurezza dell'ospedale e dei suoi processi produttivi e organizzativi	Periodicità dei momenti di <i>steering</i> -del Risk Manager	10%
		Adozione di un piano di miglioramento per la prevenzione del rischio infettivo	
		Tasso di infortuni sul lavoro	
		Adozione di sistemi di audit interni	
		Presenza di accreditamenti di qualità Presenza di <i>bollini</i> Premi	
		Adozione di indicatori di miglioramento della produttività nell'uso degli asset dell'ospedale	
		Presenza ed implementazione di un Piano di miglioramento della gestione operativa	
	Gestione delle informazioni (favorire il flusso interno ed esterno delle informazioni per prendere decisioni e garantirne la correttezza): gestione della documentazione sanitaria	Tempestività e correttezza dei flussi informativi gestiti e dello <i>stoccaggio</i>	10%

INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Gestione delle informazioni (favorire il flusso interno ed esterno delle informazioni per prendere decisioni e garantirne la correttezza): riconciliazione della documentazione	Verifica di azioni per la convergenza e allineamento nella produzione di documentazione relativa ai sistemi per la sicurezza sul lavoro, al D.Lgs 231/01, ai sistemi di privacy (Deburocratizzazione del tempo dei medici)	5%
	Gestione delle informazioni (favorire il flusso interno ed esterno delle informazioni per prendere decisioni e garantirne la correttezza): produzione di informazioni <i>ad hoc</i> /intelligence per la direzione aziendale	Esempi di analisi <i>ad hoc</i> sviluppate su specifiche questioni organizzative e operative	5%
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Gestione dell'innovazione (HTA e Horizon Scanning) (valutare i vantaggi e gli svantaggi di una tecnologia innovativa, armonizzando le richieste all'interno dell'Azienda)	Presenza di un piano programmatico di <i>horizon scanning</i> e di gestione dell'innovazione tecnologica e organizzativa dell'ospedale	10%
	Sviluppo dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale	Numero di PDTA o strumento simile sviluppati e adottati	10%
	Gestione del <i>knowledge management</i> (promuovere lo sviluppo delle risorse umane e della conoscenza aziendale attraverso attività di formazione permanente, aggiornamento e riqualificazione del personale)	Presenza e uso di un sistema di mappatura e gestione delle competenze professionali dei professionisti sanitari Adozione di un piano programmatico di gestione del ricambio generazionale	10%

Tabella 12. Contenuti prioritari per lo sviluppo formativo del Direttore di Distretto e del Direttore di Presidio Ospedaliero

Competenze	Contenuto formativo	Note metodologiche
Consapevolezza organizzativa (DD)	Scenari e nuovi paradigmi del settore della salute e del sistema sanitario. Implicazioni per le Aziende sanitarie	Aula (flipped class)
	Fondamenti di organizzazione e di sviluppo organizzativo. Le ragioni per l'innovazione e le trasformazioni organizzative in corso	Aula e <i>case study</i>
	Tecniche per la messa in contesto dei professionisti (MMG, Sumaisti ecc.)	Aula e testimonianza
Propensione al cambiamento (DD, DPO)	Senso e significato dei ruoli direzionali	Aula e testimonianza
	Tecniche di <i>change management</i>	Aula e <i>case study</i>
Managerialità (DPO)	Principi di leadership	Aula
	Metodi per governare la complessità decisionale e la buona gestione del tempo	Aula ed esercitazione
	Costruzione del proprio mandato di direzione	Aula e lavoro individuale a distanza
Orientamento al servizio (DPO)	La produzione di valore nelle organizzazioni: quadri concettuali e schemi interpretativi applicati alla sanità	Aula
	Il concetto di servizio e la sua progettazione	Aula e <i>case study</i>
	La gestione del valore con gli stakeholders interni ed esterni (governance e routine di interazione)	Aula e testimonianza
Organizzazione e obiettivi (DPO)	Logiche e tecniche per organizzare il lavoro dei collaboratori	Aula
	Strumenti di pianificazione del lavoro	Aula ed esercitazione
	Skill per costruire la delega e gestire il rapporto con il collaboratore	Aula (<i>flipped class</i>) e testimonianza

3.7 Responsabile degli acquisti

a cura di Marco Meneguzzo, Anna Conte, Vittorio Riccardi

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Comunicazione e ascolto;
- b. Consapevolezza organizzativa;
- c. Autocontrollo.

In sede di confronto con i rappresentanti delle Direzioni emerge la possibilità di incrementare il punteggio attribuito a competenze quali accuratezza, organizzazione e obiettivi e team work; infatti, si reputa necessario per il ruolo descritto sviluppare avanzate capacità di organizzare il lavoro per obiettivi e sviluppate doti di *team work*, nonché saper eseguire le attività inerenti il proprio incarico con estrema attenzione e precisione. Tutte competenze, queste, fondamentali per ottemperare alle procedure di gara e nella redazione della grande mole di documentazione necessaria.

In tal modo anche la competenza *accuratezza* raggiunge il massimo punteggio e deve essere elencata tra le competenze con punteggio più elevato:

- d. Accuratezza/Qualità del lavoro.

Il *Responsabile degli acquisti* monitora continuamente la spesa aziendale attraverso l'imputazione dei costi a bilancio, ma soprattutto la definizione attraverso incontri mirati con la parte sanitaria dei livelli di spesa assegnati a ogni Centro di responsabilità. Fondamentale è il suo ruolo nella *Programmazione aziendale* per le rilevanti implicazioni che il sistema acquisti ha sul piano economico-finanziario.

Le attività svolte dal *Responsabile acquisti*, attraverso le procedure di gara e gli acquisti diretti, devono essere celeri e tempestive per consentire ai clienti interni di svolgere le attività proprie senza interruzioni. Il coinvolgimento dei clinici nella definizione dei capitolati di gara è fondamentale per rispondere in modo puntuale e preciso alle necessità di approvvigionamento. Il governo interno delle procedure di gara e la loro aggiudicazione rispetto ai servizi interni come pulizie, ristorazione e servizi in generale vedono nel *Responsabile acquisti* un ruolo centrale, in quanto i servizi cosiddetti alberghieri contribuiscono al confort del paziente.

Rispetto ai processi interni l'area approvvigionamenti ha un ruolo determinante nel formulare capitolati di gara che consentano di ottenere beni e servizi di alta qualità a costi ragionevoli e corrispondenti al fabbisogno

dell'Azienda. I processi interni vengono definiti sulla base dell'oggetto della gara, e cioè coinvolgendo i professionisti ai quali il bene o servizio è diretto.

Tra le principali mansioni e responsabilità del *Responsabile degli acquisti* rientrano le attività di coordinamento e gestione dei collaboratori, oltre che il consolidamento del rapporto diretto con la Direzione Strategica.

Tale figura è responsabile degli atti e delle procedure di gara in qualità di RUP (Responsabile unico del procedimento; svolge attività di indirizzo e programmazione su base annuale ed è talvolta impegnato nel formare e aggiornare i propri collaboratori).

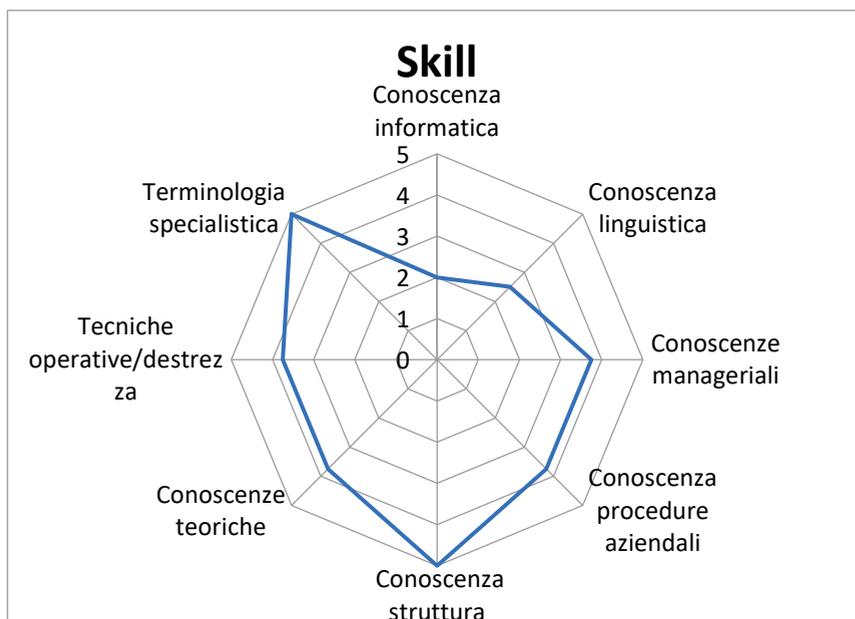
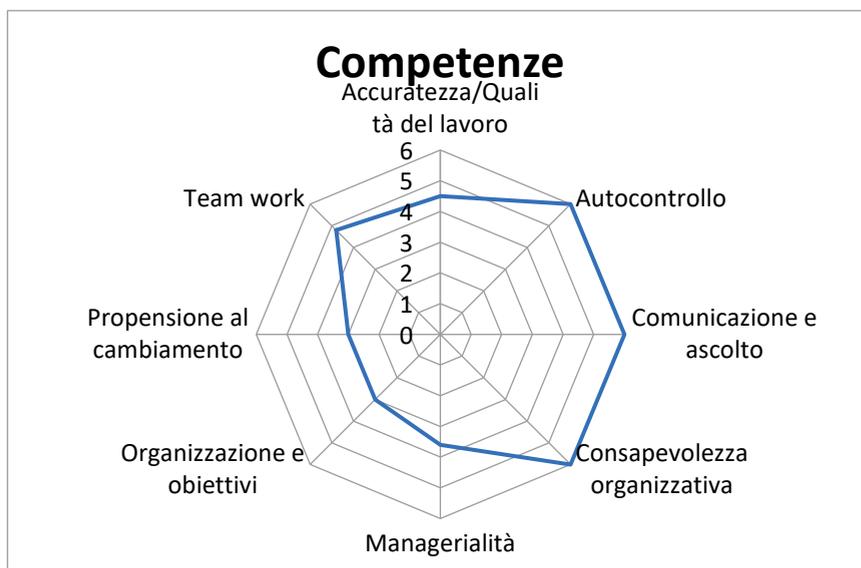
Tra le *operations* più frequenti alle quali deve ottemperare il *Responsabile degli acquisti* troviamo: presiedere le sedute di gara, verificare la regolarità amministrativa e controllare la conformità degli atti di gara; provvedere alla gestione del budget; svolgere compiti e responsabilità proprie del RUP e del DEC (Direttore dell'esecuzione del contratto).

Tuttavia, sarebbe riduttivo assimilare il provveditore a un esperto della procedura di gara. Tale competenza è sicuramente importante nella professionalità del provveditore, ma lo è altrettanto la conoscenza del mercato.

Il *Provveditore* è riconosciuto leader dai propri collaboratori e all'interno dell'Azienda quando viene chiamato a partecipare attivamente alla formazione della strategia aziendale attraverso la formulazione di strategie funzionali, quando è dotato di una propria autonomia decisionale ed è in grado di monitorare continuamente il mercato dei fornitori garantendo la massima integrazione con gli altri settori dell'Azienda.

Svolge altresì ruolo di leadership facendo in modo che l'organizzazione e la programmazione delle attività connesse al suo ruolo rispondano agli obiettivi aziendali; evadendo le richieste d'acquisto del *personale sanitario* con tempestività, e garantendo la qualità del prodotto e il contenimento della spesa.

Figura 21. Rappresentazione grafica delle competenze e skill del Responsabile degli acquisti



Nella Tabella 12 si elencano i KPA, i KPI e i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 12. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Responsabile dell'Ufficio Acquisti

RUOLO Responsabile acquisti (FARE)	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Controllo della spesa	Rispetto del budget assegnato (si/no)	15%
	Monitoraggio conto economico con gli ordinatori di spesa	N. di incontri annuali con i CdR	20%
CUSTOMER PERSPECTIVE	Aggiudicazioni di gara prima della scadenza contrattuale	N. di capitolati di gara presentati entro i termini in un anno	15%
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Controlli da parte del DEC	N. annuo di verbali di controllo e sanzioni applicate	20%
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Adesione a consorzi e centrali di acquisto	% di realizzazione di gare in adesione previste dalla programmazione	10%
	Acquisti in forme di partenariato pubblico- privato	N. annuo di capitolati di gara per la realizzazione di un servizio <i>core</i> (almeno uno)	10%
	Servizio di logistica per un'area territoriale comprendente più Aziende	Realizzazione di una gara centralizzata (sterilizzazione, magazzini ecc.) a servizio di più Aziende (si/no)	10%

Tra i contenuti prioritari per lo sviluppo formativo di questa professionalità si segnalano:

Tabella 13. Contenuti prioritari per lo sviluppo formativo

Competenze	Contenuto formativo	Note metodologiche
Accuratezza e qualità del lavoro	Strumenti e tecniche per garantire l'accuratezza del proprio operato	Aula e <i>case study</i>
	Sistemi di controllo e monitoraggio	Aula e lavoro individuale a distanza

	Strumenti per la gestione degli eventi avversi e per l'attuazione di azioni correttive	Aula ed esercitazione
Autocontrollo	Logiche e strategie per la gestione dei conflitti	Aula e <i>case study</i>
	Metodi e strumenti per la cooperazione e la negoziazione	Aula ed esercitazione
	Skill per la gestione dello stress e l'approccio razionale	Aula ed esercitazione
Team work	Logiche e tecniche per organizzare il lavoro di squadra	Aula
	Strumenti di collaborazione in presenza e a distanza	Aula e <i>case study</i>
	Skill per facilitare ed efficientare le relazioni interpersonali	Aula ed esercitazione

3.8 Responsabile dell'Ufficio tecnico

a cura di Marco Meneguzzo, Anna Conte, Vittorio Riccardi

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Consapevolezza organizzativa;
- b. Managerialità;
- c. Proattività.

In sede di confronto con i rappresentanti delle Direzioni emerge la possibilità di incrementare il punteggio attribuito alla competenza *accuratezza*. Si vuole sottolineare l'importanza che il ruolo del *Responsabile dell'Ufficio tecnico* ricopre nella definizione dei processi che riguardano la gestione del patrimonio, la sicurezza e l'adeguamento delle relative strutture e impianti, con particolare attenzione alla qualità della committenza e della sostenibilità delle scelte di intervento.

Inoltre, con un livello di autonomia alquanto elevato, questo professionista svolge e coordina i processi relativi alla progettazione e realizzazione degli interventi di trasformazione del patrimonio aziendale.

In tal modo anche la competenza *accuratezza* raggiunge il massimo punteggio e deve essere elencata tra le competenze con punteggio più elevato:

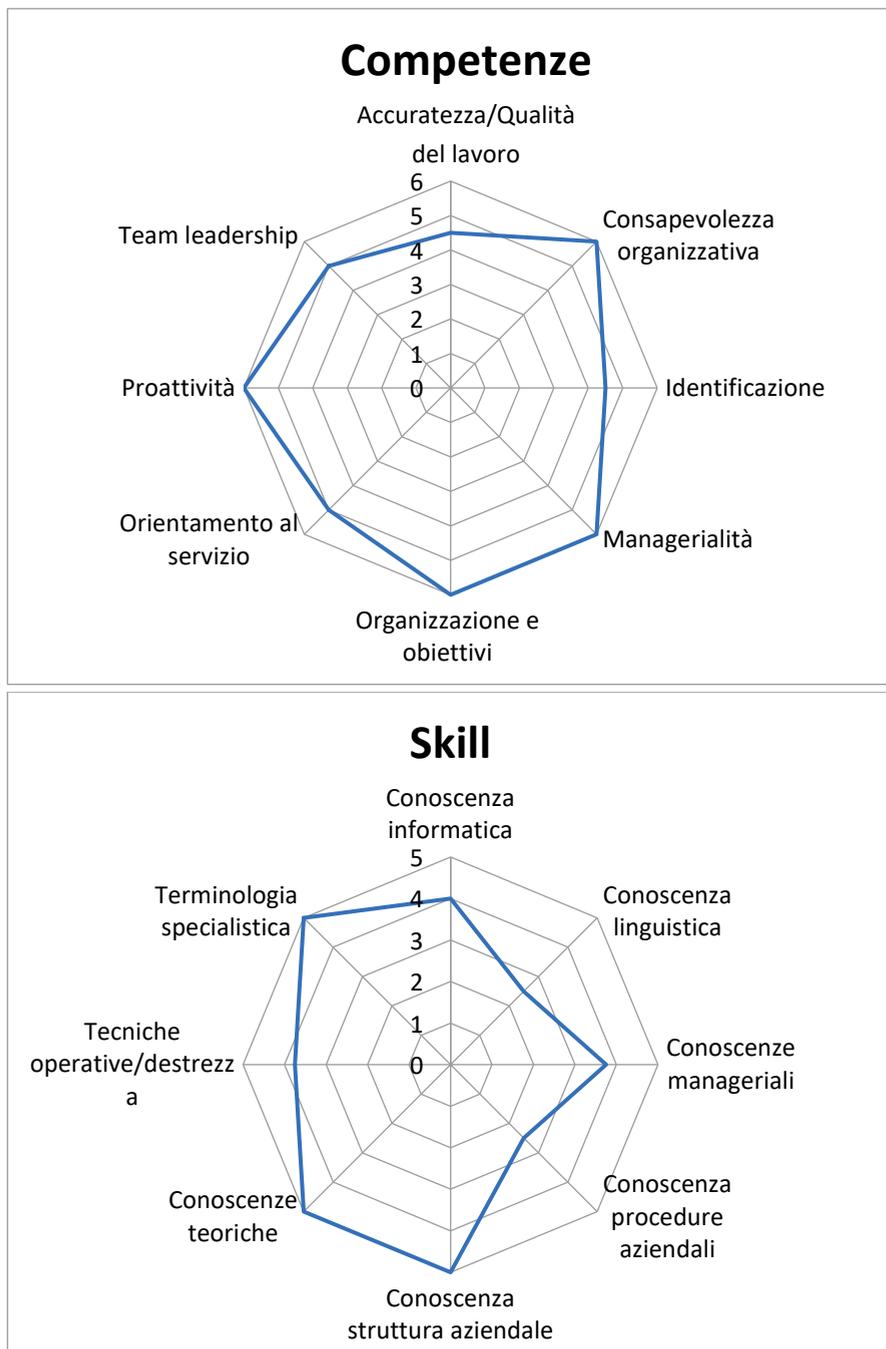
d. Accuratezza/Qualità del lavoro.

Il Direttore dell'Area Tecnica/Servizio/Dipartimento Tecnico garantisce, in autonomia organizzativa, funzionale e professionale «nel rispetto delle linee di indirizzo e delle strategie definite dalla Direzione aziendale», l'attività della struttura affidata, in termini di raggiungimento degli obiettivi assegnati e di garanzia della qualità delle prestazioni erogate, nel rispetto dei tempi previsti. Il suo ruolo, in generale focalizzato in ambito tecnico-patrimoniale, si può sintetizzare in due cluster di attività: gestione e manutenzione del patrimonio e innovazione tecnica.

Nello specifico, la mission del Dipartimento Tecnico/Direttore dell'Area Tecnica è la seguente:

- provvedere alla gestione tecnica e patrimoniale delle infrastrutture e del patrimonio aziendale (strutture, impianti e tecnologie di competenza), garantendo lo svolgimento delle funzioni strumentali e di supporto inerenti lo sviluppo e la gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare (arredi), garantendo altresì le procedure amministrative di competenza; questa prima area di competenza è integrata nelle *Operations*, in quanto riguarda la gestione degli spazi, la riallocazione delle strutture, la gestione dell'energia, la logistica in generale, il *facility management*, la gestione degli acquisti e tutte le attività necessarie al corretto funzionamento della tecnostruttura;
- programmare, progettare, realizzare interventi attraverso un accurato controllo della progettazione e dell'attuazione, fornendo il supporto professionale necessario per la pianificazione, l'esecuzione e l'attivazione delle nuove realizzazioni, degli ampliamenti e delle riqualificazioni nell'ambito del piano di programmazione tecnica, economica e finanziaria degli interventi aziendali.

Figura 22. Rappresentazione grafica delle competenze e skill del Responsabile Ufficio Tecnico



Nella Tabella 14 si elencano i KPA, i KPI e i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 14. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Responsabile dell'Ufficio Tecnico

RUOLO Responsabile area tecnica (SIAIS)	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Monitoraggio e rispetto del budget annuale	Rispetto del budget economico negoziato con la DG (si/no)	15%
		% di investimenti realizzati rispetto a quelli programmati nel piano degli investimenti	
	Rispetto delle scadenze per la predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nei finanziamenti statali e completamento degli interventi avviati	Rispetto delle scadenze 100% (si/no)	15%
		Richieste di liquidazione alla Regione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati (si/no)	
CUSTOMER PERSPECTIVE	Soddisfazione degli utenti	Tasso di risposta alle richieste pervenute per interventi di manutenzione programmata, periodica e in emergenza nelle UU.OO.	15%
		% di risoluzione tecnica di interventi di manutenzione	
	Soddisfazione dei dipendenti	Somministrazione periodica (biennale) del questionario Incremento % di risposte positive nel questionario distribuito ai coordinatori infermieristici delle UU.OO. rispetto al precedente	5%
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Sicurezza delle infrastrutture	Rispetto del cronoprogramma interventi 100% (si/no)	20%

	Qualità dell'attività sanitaria	Rispetto del cronoprogramma interventi 100% (si/no)	15%
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Sviluppo di competenze qualificanti e preferenziali per il profilo	Rispetto del Piano di formazione con crediti formativi previsti dalle norme (si/no)	10%
	Formazione su tecnologie e metodologie innovative	n. di ore annue dedicate alla formazione per dipendente	5%
Rispetto del piano di formazione con crediti formativi previsti dalle norme (si/no)			

Tra i contenuti prioritari per lo sviluppo formativo di questa professionalità si segnalano:

Tabella 15. Contenuti prioritari per lo sviluppo formativo

Competenze	Contenuto formativo	Note metodologiche
Accuratezza e qualità del lavoro	Strumenti e tecniche per garantire l'accuratezza del proprio operato	Aula e <i>case study</i>
	Sistemi di controllo e monitoraggio	Aula e lavoro individuale a distanza
	Strumenti per la gestione degli eventi avversi e per l'attuazione di azioni correttive	Aula ed esercitazione
Orientamento al servizio	Strategie per la prevenzione e la massimizzazione del valore aggiunto verso lo stakeholder	Aula
	Tecniche e strumenti per massimizzare la soddisfazione del cliente (interno/esterno)	Aula ed esercitazione
	Skill utili ad alimentare la reattività e la proattività nella risposta al cliente	<i>Case study</i> ed esercitazione
Proattività	Tecniche di <i>problem solving</i> e <i>decision making</i>	Aula ed esercitazione
	Strumenti per la lettura di report e la costruzione di scenari	Aula e lavoro individuale a distanza

	Skill per la costruzione e la comunicazione della soluzione	Case study ed esercitazione
--	---	-----------------------------

3.9 Responsabile dei Sistemi informativi

a cura di Anna Conte, Andrea Dattis, Antonella D’Adamo, Marco Meneguzzo

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Propensione al cambiamento.

In sede di confronto con i rappresentanti delle Direzioni si reputa preferibile incrementare il punteggio relativo alla competenza *consapevolezza organizzativa*.

Inoltre, il C.I.O. (Chief Information Officer) è direttamente coinvolto (se non promotore stesso) nella conduzione di progetti di innovazione dell’organizzazione, e coordina il *portfolio* di progetti aziendali in ambito di ICT. Avendo anche un ruolo come *change manager*, sia in fase strategica che operativa, è auspicabile un posizionamento in staff in considerazione della diffusa influenza su ogni processo, avendo altresì un’alta autonomia nella gestione del personale, nell’allocazione delle risorse e nelle decisioni prioritarie nell’ambito della strategia e delle *operations* ICT che permeano sempre più tutti gli ambiti delle moderne organizzazioni. Necessita, dunque, della massima consapevolezza organizzativa.

In tal modo anche le competenze *managerialità* e *consapevolezza organizzativa* raggiungono il massimo punteggio e devono essere elencate tra le competenze con punteggio più elevato:

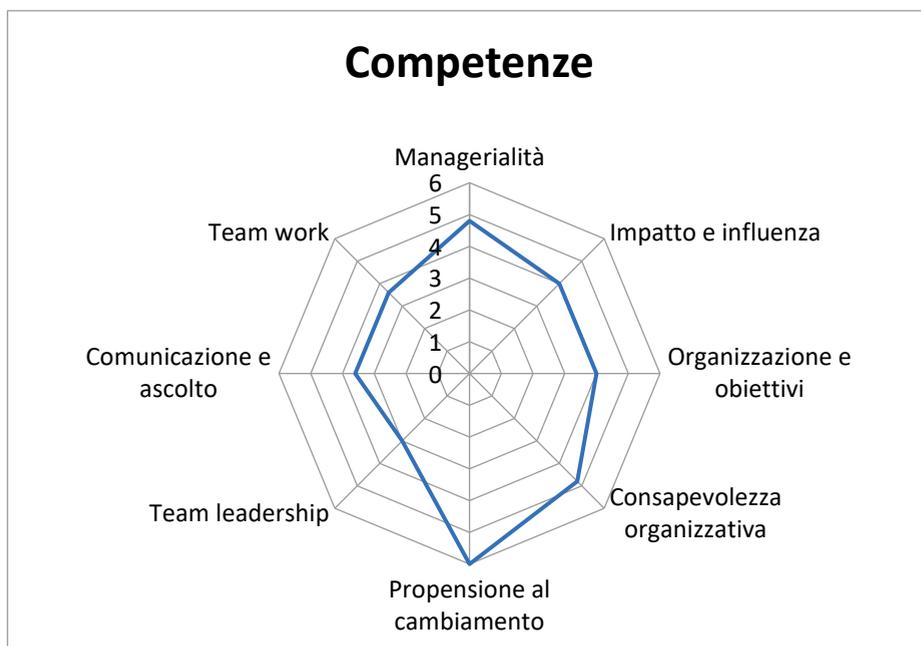
- b. Managerialità;
- c. Consapevolezza organizzativa.

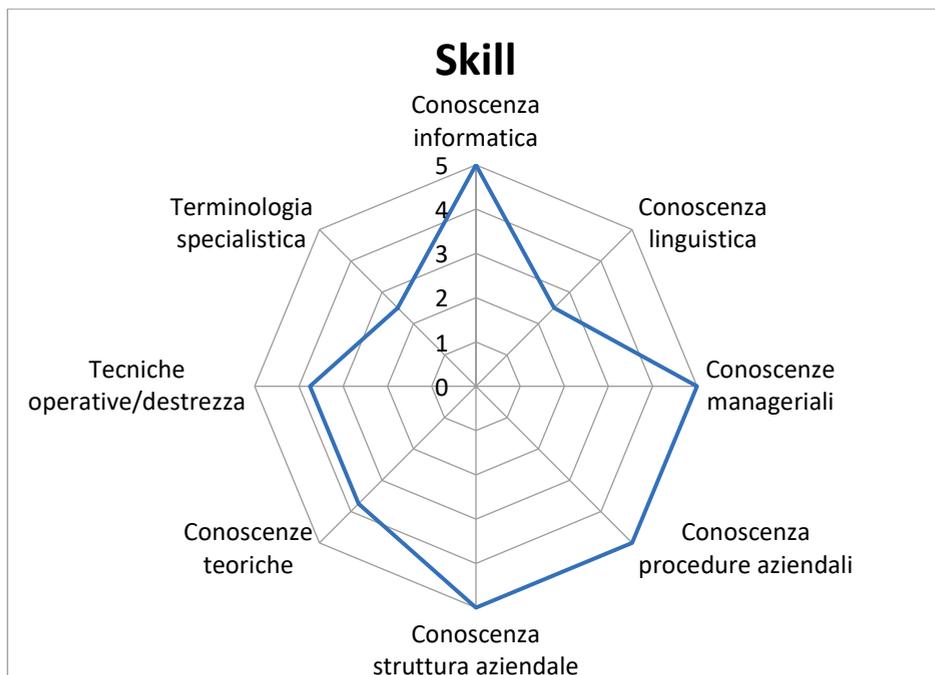
Il *Responsabile dei Sistemi informativi* (C.I.O.), così come riportato da AICA (Associazione Italiana per l’informatica e il Calcolo Automatico, secondo il modello a cui AISIS si rifà nei percorsi di certificazione dei suoi discenti) sul portale AICAnet, è una figura apicale con qualifica dirigenziale che definisce e implementa la governance e la strategia ICT e ne guida l’implementazione. L’evoluzione della tecnologia e la sua diffusione in contesti aziendali non tradizionali rendono la figura del *Chief Information Officer* un ruolo chiave fra la Direzione aziendale e la struttura operativa sottoposta alle spinte e al cambiamento della trasformazione digitale. Questa figura è particolarmente significativa nelle organizzazioni medio-grandi in cui è operativa una *Funzione Sistemi Informativi* della quale il C.I.O. è responsabile.

Oltre a quanto sopra descritto nella tabella di sintesi delle *job description*, il *Responsabile/Direttore dei Sistemi Informativi* è il principale interlocutore della Direzione strategica dell'Azienda nella definizione della strategia ICT relativa a processi interni e collabora con la Direzione strategica nella definizione delle linee economico-finanziarie dell'organizzazione, contribuendo alle scelte di innovazione di processo.

Inoltre, il C.I.O. agisce (a volte anche in totale autonomia) nella conduzione di progetti di innovazione dell'organizzazione, e coordina il *portfolio* di progetti aziendali nell'ambito delle ICT, avendo anche un ruolo come *change manager* sia in fase strategica che operativa.

Figura 23. Rappresentazione grafica delle competenze e skill del Responsabile dei sistemi informativi





Nella Tabella 16 si elencano i KPA, i KPI e i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 16. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Responsabile dei Sistemi Informativi

RUOLO Responsabile dei sistemi informativi (AISIS)	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Coinvolgimento Strategico del settore ICT nel budget aziendale	Percentuale del budget aziendale destinato all'ICT	15%
	Partecipazione alla Definizione del Budget ICT aziendale	Percentuale di budget dipartimentale oggetto di governo o approvazione esplicita da parte del servizio ICT	10%
CUSTOMER PERSPECTIVE	Soddisfazione degli utenti	Rilevazione della soddisfazione degli utenti clinici interni	25%

		Rilevazione della soddisfazione degli utenti amministrativi interni	
		Rilevazione della soddisfazione degli assistiti/pazienti	
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Conduzione delle attività di <i>Operations</i>	Completezza degli Ambiti di tipo amministrativo gestiti attraverso sistemi ICT	25%
		Completezza degli ambiti di tipo sanitario gestiti attraverso sistemi ICT	
		% di processi correttivi entro i termini di SLA (sciogliere l'acronimo)	
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Ambito evolutivo	Numero di progetti evolutivi ICT in un arco temporale definito (un anno, tre anni)	25%
		Percentuale di budget ICT destinato a progetti evolutivi	

Tra i contenuti prioritari per lo sviluppo formativo di questa professionalità si segnalano:

Tabella 17. Contenuti prioritari per lo sviluppo formativo

Competenze	Contenuto formativo	Note metodologiche
Impatto e influenza	Strategie e tecniche di influenza	Aula
	Metodi per la persuasione e strumenti di mediazione	Aula ed esercitazione
	Skill relazionali e tecniche di comunicazione d'impatto	Aula ed esercitazione
Team work	Logiche e tecniche per organizzare il lavoro dei collaboratori	Aula
	Strumenti di collaborazione in presenza e a distanza	Aula e <i>case study</i>
	Skill per facilitare ed efficientare le relazioni interpersonali	Aula ed esercitazione

3.10 Responsabile del Personale

a cura di Anna Conte, Antonella D'Adamo, Marco Meneguzzo

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Impatto e influenza;
- b. Team leadership;
- c. Comunicazione e ascolto;
- d. Consapevolezza organizzativa;
- e. Managerialità;
- f. Autocontrollo;
- g. Identificazione;
- h. Propensione al cambiamento.

Questa fattispecie, all'atto della normalizzazione dei valori ottenuti, presenta il punteggio massimo in tutte le competenze selezionate; tuttavia, a un confronto con i rappresentanti delle Direzioni, in sede di validazione, emerge che è importante porre l'accento su competenze quali *identificazione*, *capacità di impatto e influenza* e *team leadership*, espresse al massimo livello soprattutto quando si interagisce con colleghi e collaboratori, attività questa che risulta essere una costante tra gli impegni del ruolo descritto.

Il *Responsabile del Personale* propone, discute, negozia, in concerto con la Direzione aziendale le politiche del personale, partendo da una lettura attuale e futura del contesto organizzativo aziendale e, in particolare, delle evoluzioni del mondo sanitario, individuando opportunità, vincoli, criticità e punti di forza delle scelte. Si occupa, inoltre, dell'attuazione concreta delle politiche del personale e delle tematiche della gestione delle risorse umane non demandate ai singoli dirigenti.

Per quanto riguarda attività di indirizzo e programmazione, è a supporto della Direzione strategica nella definizione delle politiche delle risorse umane: analisi del mercato del lavoro (carenze di profili, *ageing*, nuovi profili da inserire o sviluppare, strategie aziendali di partnership con medici di base, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali per una azione di sistema con il personale dipendente), politiche di inserimento lavorativo, sviluppo del personale (individuazione e valutazione di incarichi e funzioni), organizzazione interna e definizione delle responsabilità, sistema di valutazione delle performance e premiale, tematiche di welfare organizzativo.

Le attività operative consistono nella rilevazione del fabbisogno del personale, *recruitment*, sviluppo organizzativo, sviluppo del personale, gestione di presenze e assenze, trattamento giuridico del personale, trattamento economico e retribuzioni, relazioni sindacali, valutazione, procedimenti disciplinari, pensioni, benessere organizzativo.

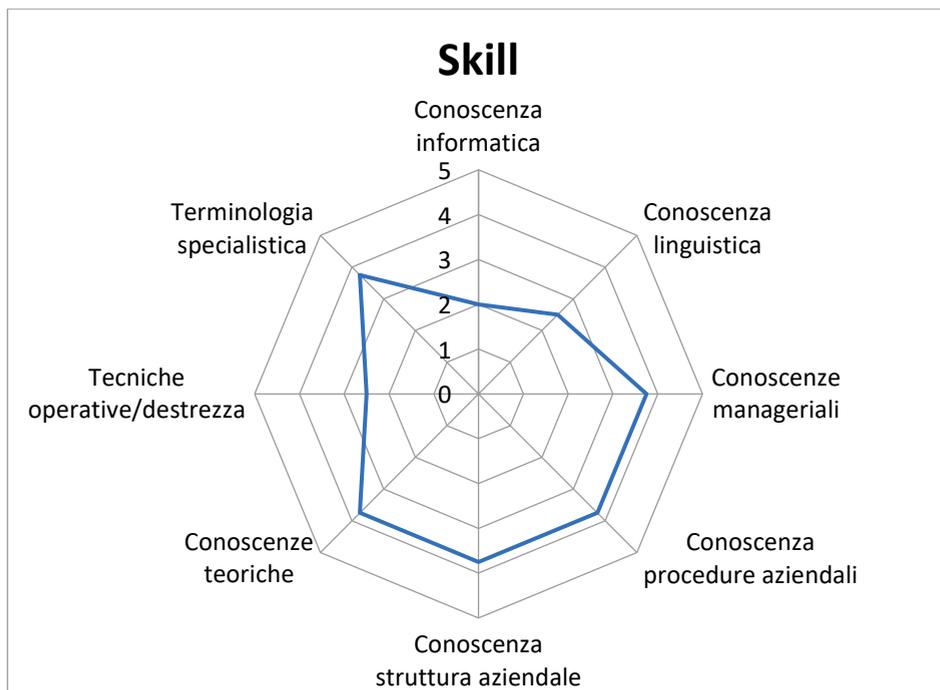
Inoltre, il *Responsabile delle Risorse Umane* favorisce momenti di confronto tra responsabili e operatori e fornisce supporto e consulenza ai primi nell'interazione con i secondi ai vari livelli organizzativi.

Tra le attività di misurazione e controllo, il responsabile del personale lavora per definire, progettare e utilizzare indicatori/criteri (KPA-KPI) per una serie di processi interni, come per esempio la graduazione degli incarichi e le selezioni interne, la valutazione del fabbisogno di personale, il reclutamento del personale.

È indispensabile, dunque, per tale figura professionale, un buon livello di leadership sia nei confronti dei propri collaboratori, sia nei confronti di tutte le Strutture aziendali – in particolare le Direzioni mediche e, più in generale, le Direzioni sanitarie – anche laddove non esista un rapporto gerarchico, ma che devono necessariamente essere allineate e orientate verso il conseguimento delle politiche stabilite in fase di programmazione. Occorre pertanto una buona capacità di negoziazione e un orientamento al risultato proprio e della Direzione, oltre alla capacità di coinvolgimento dei propri collaboratori e delle altre Strutture aziendali.

Figura 24. Rappresentazione grafica delle competenze e skill del Responsabile del Personale





Nella Tabella 18 si elencano i KPA, i KPI ed i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 18. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Direttore del Personale

RUOLO Responsabile del personale (Network personale)	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Controllo della spesa	Rispetto del tetto di spesa assegnato per il personale	20%
	Appropriata allocazione delle risorse umane	Rispetto del piano annuale tra il 70% ed il 100% (sì/no)	10%

CUSTOMER PERSPECTIVE	Soddisfazione dei dipendenti	n. di segnalazioni in un anno	20%
	Azioni di sviluppo professionale	Presenza di un sistema di valutazione delle competenze (si/no)	10%
	Benessere organizzativo	% di budget investito in piani di welfare aziendale	10%
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Qualità dei processi	n. di processi reingegnerizzati in un anno	20%
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Programmi di sviluppo delle competenze	Investimento in formazione (% di utilizzo del budget per la formazione)	5%
	Team working	n. gruppo di lavoro attivati ----- n. di progetti disponibili	5%

Tra i contenuti prioritari per lo sviluppo formativo di questa professionalità si segnalano:

Tabella 19: Contenuti prioritari per lo sviluppo formativo

Competenze	Contenuto formativo	Note metodologiche
Impatto e influenza	Strategie e tecniche di influenza	Aula
	Metodi per la persuasione e strumenti di mediazione	Aula ed esercitazione
	Skill relazionali e tecniche di comunicazione d'impatto	Aula ed esercitazione
Autocontrollo	Logiche e strategie per la gestione dei conflitti	Aula e <i>case study</i>
	Metodi e strumenti per la cooperazione e la negoziazione	Aula ed esercitazione
	Skill per la gestione dello stress e l'approccio razionale	Aula ed esercitazione
Identificazione	Tecniche di condivisione e promozione della mission aziendale e degli obiettivi strategici	Aula ed esercitazione

	Strumenti per il rafforzamento della coerenza ai valori aziendali	Aula e <i>case study</i>
	Skill per favorire disponibilità e flessibilità	Aula (<i>flipped class</i>) e testimonianza

3.11 Risk Manager

a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti

Le competenze con punteggio più elevato sono:

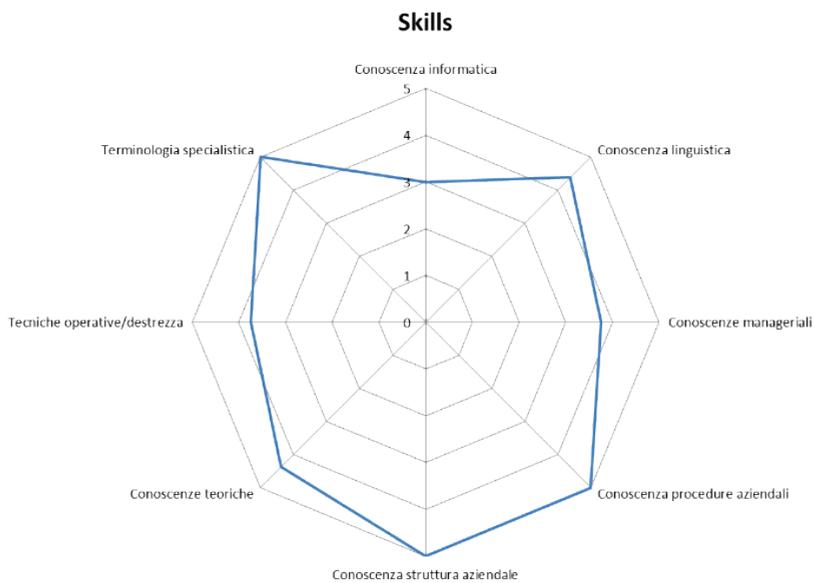
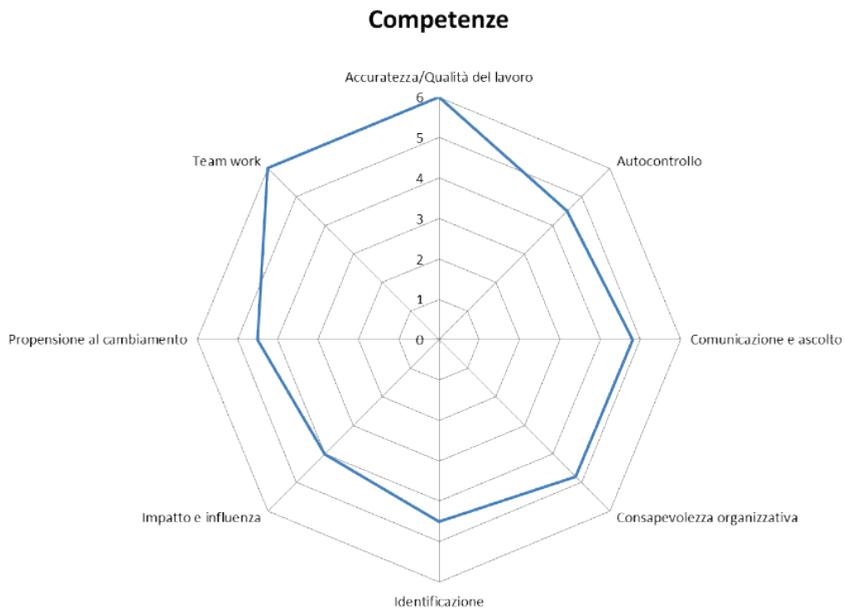
- a. Accuratezza/ Qualità del lavoro;
- b. Team work.

L'attività del *Risk Manager* consente l'ottimizzazione dei percorsi di cura con l'eliminazione di sprechi e ridondanze, nonché l'individuazione e mitigazione di criticità assistenziali. La sua performance è relazionata alla sua capacità di proporre e contribuire a implementare miglioramenti dell'assetto organizzativo, delle procedure e dei sistemi di supporto (es. sistemi informativi) sulla base dell'analisi degli errori e dei *near miss*, con l'intento di ridurre gli stessi nel tempo. A tal proposito, si rende necessaria un'elevata accuratezza nella misurazione e analisi dei processi.

Il *Risk Manager*, inoltre, interagisce sistematicamente con i professionisti e li supporta con l'obiettivo di migliorarne l'efficacia e l'appropriatezza dei comportamenti. A tal fine, è fondamentale sviluppare elevate competenze di *team work* per esercitare un impatto anche in assenza di rigide relazioni gerarchiche.

Le Direzioni Generali non hanno fornito integrazioni relativamente a questo profilo.

Figura 25. Rappresentazione grafica delle competenze e skill del Risk Manager



Nella Tabella 20 si elencano i KPA, i KPI e i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 20. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Risk Manager

RUOLO Risk Manager	OBIETTIVO/KPA	KPI	%
FINANCIAL PERSPECTIVE 35%	Crescita del fatturato	Tasso di crescita del fatturato (aziendale)	15%
		Tasso di crescita del fatturato (day hospital)	
		Tasso di crescita del fatturato (day surgery)	
	Riduzione dei costi	Riduzione del costo dei farmaci	20%
		Riduzione del costo di dispositivi medici	
CUSTOMER PERSPECTIVE 30%	Soddisfazione della utenza	Tasso di assenteismo	15%
		# Reclami annui da parte della utenza	
	Liste d'attesa	% di aderenza agli standard regionali	15%
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE 25%	Efficienza dei processi e dei percorsi di cura	Tempo medio di degenza	15%
		Tasso di occupazione dei posti letto	
	Attività in day hospital e day surgery	# Accessi annui in DH e DS	10%
		% di incidenza DH e DS su attività ordinaria	
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE 10%	Competenze manageriali e professionali	% di utilizzo del budget della formazione	10%
		# media di ore di formazione per dipendente	

3.12 Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione a cura di Americo Cicchetti e Irene Gabutti

Le competenze con punteggio più elevato sono:

- a. Proattività;
- b. Comunicazione ed ascolto.

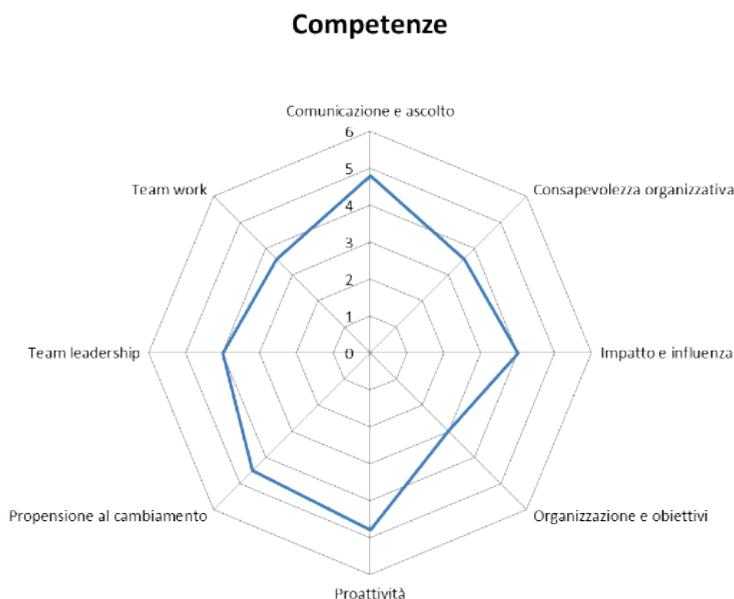
Il *Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione* è chiamato a elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali, nonché a proporre i programmi di informazione e formazione per il personale.

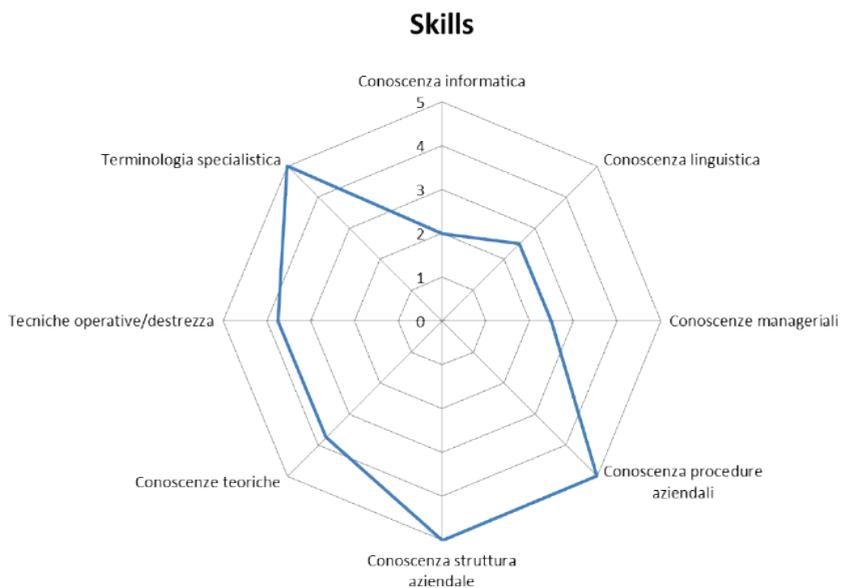
A tal fine è fondamentale che egli possieda una spiccata abilità di comunicazione e ascolto per intercettare le criticità espresse dal personale aziendale e per fornire un riscontro che sia da esso accettato e implementato.

Inoltre, per proporre interventi di miglioramento e programmi formativi, deve essere in possesso di un'elevata proattività, per anticipare le esigenze aziendali in linea con le evidenze scientifiche del contesto.

Le Direzioni Generali non hanno fornito integrazioni relativamente a questo profilo.

Figura 26. Rappresentazione grafica delle competenze e skill del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione





Nella Tabella 21 si riportano i KPA, i KPI e i relativi pesi attribuiti al profilo di ruolo nell'ambito della *balanced scorecard*.

Tabella 21. Rappresentazione dei KPA, KPI e relativi pesi attribuiti al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

RUOLO RSPP	OBIETTIVO/KPA	KPI (periodo di riferimento=annuale)	%
FINANCIAL PERSPECTIVE	Piani di miglioramento/adeguamento	Obiettivi di Sistema SSL realizzati rispetto agli obiettivi pianificati	10%
		Tempo di realizzazione degli obiettivi rispetto al tempo pianificato	
	Riduzione dei costi legati al Tasso infortunistico e alle malattie professionali	Nr. infortuni/incidenti e near miss in SSL e malattie professionali rispetto a periodo di riferimento	10%
		Nr. Infortuni/incidenti sottoposti ad Audit rispetto ai totali	
CUSTOMER PERSPECTIVE	Comunicazione e coinvolgimento in materia di SSL	Near miss segnalati rispetto al totale degli eventi	10%
		Nr. Riunioni sulla SSL effettuate rispetto alle riunioni pianificate	
	Miglioramento del benessere organizzativo	Nr. Eventi comunicativi Aziendali realizzati rispetto a quelli pianificati	10%
		Nr. Buone pratiche di Promoz. della Salute realizzate rispetto a quelle pianificate	
INTERNAL PROCESS PERSPECTIVE	Valutazione e riduzione dei rischi SSL	Tempo medio intercorso tra cambiamento organizzativo e Revisione DVR	20%
		Numero sopralluoghi rispetto a quelli pianificati	
	Implementazione ed attuazione del Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro	Numero delle Non Conformità rilevate annualmente per classe di gravità (4 classi)	15%
		Prove di emergenza svolte su prove pianificate	
LEARNING & GROWTH PERSPECTIVE	Formazione del personale su SSL	Numero di eventi formativi effettuati rispetto a quelli pianificati	15%
		Rispetto delle tempistiche di consegna per la reportistica su interventi formativi - informativi - di addestramento (si/no)	
	Addestramento su SSL	Numero di ore effettive di addestramento su procedure rispetto a quelle emanate	10%
		Rispetto delle tempistiche di consegna per la reportistica su deviazioni rilevate dalle procedure emanate (si/no)	

Tra i contenuti prioritari per lo sviluppo formativo delle due professionalità si segnalano:

Tabella 22. Contenuti prioritari per lo sviluppo formativo Risk Manager e Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

Competenza	Contenuto formativo	Note metodologiche
Comunicazione e ascolto (RSPP)	Tecniche per aumentare la partecipazione nei processi di interazione Tecniche di comunicazione Logiche di <i>empowerment</i> dei collaboratori	Aula (presenza e distanza) e casi di studio Testimonianze
Accuratezza/Qualità del lavoro (RM)	Strumenti e tecniche per garantire l'accuratezza del proprio operato Sistemi di controllo e monitoraggio Strumenti per la gestione del rischio e dell'incertezza	Aula (presenza e distanza) Casi di studio Esercitazioni

	e per l'attuazione di azioni correttive Logiche avanzate di controllo e gestione della qualità	
Team work (RM)	Logiche e tecniche per organizzare il lavoro dei colleghi (<i>project</i> e <i>process management</i>) Strumenti di collaborazione e di sviluppo delle relazioni interpersonali	Aula (presenza e distanza) Casi di studio e giochi di ruolo
Proattività (RSPP)	Tecniche di <i>problem solving</i> e <i>decision making</i> Strumenti per la lettura di report e la costruzione di alternative strategiche Tecniche per l'identificazione e la condivisione di possibili soluzioni	Lezione in presenza Casi di studio Esercitazioni

4. Ruolo e competenze del middle management nella emergenza pandemica

4.1 AIIC (Associazione Italiana Ingegneri Clinici) di Umberto Nocco⁴⁶

L'Ingegneria Clinica è una professione relativamente recente, che nel corso degli anni ha avuto una significativa evoluzione in termini di diversificazione delle attività e di conseguente acquisizione di competenze e responsabilità all'interno delle Strutture sanitarie. Questa dinamicità ha certamente tratto vantaggio dall'assenza di una *job description* e di una «cristallizzazione». D'altra parte, proprio questa assenza ha comportato spesso una certa complessità di posizionamento e relazioni per l'Ingegnere Clinico, al quale è riconosciuta una professionalità tecnica verticale ma non vengono considerati altri ambiti di azione, altre competenze e capacità che nel tempo sono ormai diventate parte integrante della figura professionale. La ricerca condotta da FIASO sul middle management è stata una grande opportunità per un'analisi critica sulle competenze e le skill, mettendo in evidenza i margini di miglioramento che nei prossimi anni potranno essere colmati anche attraverso un'attività di formazione mirata. In particolare, lo studio fotografa in modo piuttosto fedele le attuali competenze e skill degli ingegneri clinici. Managerialità, organizzazione e obiettivi, orientamento al servizio dei collaboratori, come anche conoscenze manageriali, informatiche, teoriche, terminologia specialistica nonché conoscenza della struttura aziendale rappresentano punti di forza. Dallo studio emergono come punti di debolezza team leadership, comunicazione e ascolto, consapevolezza e organizzazione, impatto e influenza e, per quanto riguarda le skill, la conoscenza linguistica, la conoscenza delle procedure aziendali e di quelle tecniche operative/destrezza.

Alla ricerca però sfugge una peculiarità della nostra professione, ovvero la trasversalità e la capacità di rapportarsi e dialogare con il top management, i

⁴⁶ Presidente AIIC.

clinici, i farmacisti e con i colleghi dell'area tecnica. Questi aspetti, non puntualmente rilevati nella ricerca, si sono rivelati utilissimi nella gestione dell'emergenza pandemica, nel corso della quale è stato necessario trasformare interi ospedali in tempi strettissimi. Solo attraverso l'interazione continua e il dialogo con gli altri professionisti – clinici e non – si è potuto far fronte ai numerosi e rapidi cambiamenti strutturali, organizzativi e funzionali ai quali i nostri ospedali sono stati sottoposti nell'arco dell'ultimo anno. Allo stesso tempo ci si è anche preoccupati di poter riutilizzare in futuro strutture e tecnologie nel periodo post pandemico, pensando a un ospedale elastico, ovvero una struttura che si adatta al bisogno senza subire «trasformazioni permanenti». La pandemia, infine, ha messo in evidenza una caratteristica degli ingegneri che viene trasmessa in tutto il periodo di formazione degli ingegneri: raggiungere il risultato ottimizzando le risorse. Questa caratteristica è frutto dalla capacità di analisi del contesto, delle risorse e dei tempi a disposizione. A questi aspetti è fortemente legata la capacità di programmazione tipica della nostra figura professionale. La pandemia ci ha costretto a prendere decisioni in condizioni di pesante stress, sia dal punto di vista dei tempi – immediatezza della risposta – che delle condizioni di contesto – dinamiche di approvvigionamento, pluralità delle richieste con identica priorità, ecc. Questi elementi non trovano evidente risposta nei domini utilizzati nel lavoro di FIASO o, meglio, forse sono in qualche modo nascosti in alcuni ambiti ma non hanno ricevuto il giusto peso anche in considerazione del fatto che al momento dello studio non erano visibili perché mai realmente utilizzati. A valle della pandemia, si può quasi affermare che alcuni punti evidenziati come «debolezze» al momento dello studio – per esempio, consapevolezza organizzativa, comunicazione e ascolto – si sono invece tramutati in punti di forza.

Il futuro della professione richiede di partire dalle sicurezze acquisite ed evidenziate dallo studio e di presidiarle, non dandole per scontate con il rischio, conseguente, di perderle ma proseguendo sulla strada intrapresa nel periodo di emergenza consolidando gli item sui quali la figura si è dimostrata più debole. In questo senso, lo sviluppo degli spunti che emergeranno dal PNRR, che dal nostro punto di vista hanno prevalenti ricadute organizzative, richiederà una maggiore interazione a livello aziendale, privilegiando l'interazione multidisciplinare e manageriale rispetto a una componente tecnica verticale senza la quale, però, le prime non possono essere messe a frutto all'interno di organizzazioni complesse.

4.2 AIIS (Associazione Italiana per l'Integrità della Salute e del Sistema Sanitario e Sociale)

di Agnese Morelli⁴⁷

L'AIIS è formata per la maggior parte da Responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), ma anche da internal auditor e Risk Manager, accomunati dalle competenze sui temi del *process management*, della gestione dei rischi e dell'efficacia dei sistemi di controllo interni, della conoscenza dei processi aziendali e delle metodologie di risk management.

L'incarico di RPCT è peculiare per i vincoli posti da ANAC: temporaneo, a rotazione, in aggiunta ai normali incarichi dirigenziali, e con caratteristiche elencate in allegato 3 del PNA 2019⁴⁸. Aggiungendosi ai normali incarichi, le competenze del RPCT vanno a sommarsi a quelle di altri profili di ruolo. Il RPCT è il Risk Manager del rischio corruzione (che in senso ampio abbraccia non solo i reati, ma riguarda la capacità di garantire la buona amministrazione). Per la sua mission il RPCT deve avere un'ottima conoscenza dell'organizzazione e del suo funzionamento, dei processi amministrativi e di supporto, e anche di quelli prettamente clinici e sanitari. Con riferimento al percorso di studi non esiste un corso di laurea particolarmente utile o necessario per ricoprire il ruolo di RPCT in sanità, ma è importante la piena conoscenza dell'organizzazione e, prima ancora, della capacità di lettura sistemica e in tempo reale dell'organizzazione e di raccordo con le altre funzioni.

Per poter operare in maniera efficace è fondamentale che abbia autorevolezza ed autonomia valutativa, oltre che un comportamento integerrimo.

Assicurare una buona amministrazione (accezione positiva di prevenzione della corruzione) implica la presenza di ottime doti manageriali e capacità di incidere e sensibilizzare i manager sulla gestione dei rischi. Il RPCT, in particolare, deve avere attitudini relazionali e capacità di coinvolgimento dei diversi attori (*process owner*) dei processi nella autovalutazione dei rischi e dei controlli e nella gestione efficace di tutti i rischi, in quanto direttamente responsabile. Durante la pandemia queste capacità sono state fondamentali per individuare, organizzare e gestire i rischi connessi all'emergenza, riprogrammando o sviluppando nuovi strumenti per svolgere le attività. Connessa a queste attitudini vi è la capacità organizzativa,

⁴⁷ Presidente AIIS.

⁴⁸<https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/Allegato%203%20-%20PNA%202019S.pdf>

che è trasversale a tutte le competenze, e che per un RPCT (Risk Manager) può essere sintetizzata nella abilità a individuare misure efficaci anche di tipo organizzativo.

Nelle attività del RPCT è ricompresa quella di consulenza, di monitoraggio e sono importanti le capacità relazionali e di dialogo, di ascolto e comunicazione, per far comprendere e sensibilizzare i manager sull'importanza dell'etica e dell'integrità per una buona amministrazione e della gestione dei rischi come responsabilità propria dei dirigenti. Così come la capacità di fare squadra tra professionisti di diversa formazione, estrazione e collocazione all'interno e all'esterno dell'organizzazione (creazione e manutenzione di reti operative) e l'attenzione a mettersi in ascolto attivo con le persone, dimostrando di essere in grado di trovare il tempo necessario per occuparsi delle questioni man mano che emergono.

L'orientamento al servizio e l'esemplarità nel comportamento personale e professionale con elevati risvolti etici nel caso del RPCT assume una rilevanza particolare e si configura come una applicazione della trasparenza: lavorare come se si fosse sempre visti e sentiti.

È importante sviluppare le competenze *trasversali* che supportano l'applicazione efficace dei processi di risk management durante le varie fasi, integrando e armonizzando le tre dimensioni dell'apprendimento: il sapere, il saper fare e il saper essere.

Non da ultimo, sono fondamentali la determinazione, la costanza e la resistenza alle frustrazioni.

Molto spesso le Aziende sanitarie affidano questo compito senza una valutazione attenta delle competenze necessarie e, pertanto, è importante l'attivazione di percorsi formativi per il supporto allo sviluppo delle competenze del RPCT.

4.3 AIREPSA (Associazione Italiana Responsabili Servizi Prevenzione e Protezione in Ambiente Sanitario)

di Matteo Tripodina⁴⁹

Il tema della salute e sicurezza (di seguito SSL) nel settore sanitario è un ambito estremamente complesso. I rischi in un'Azienda sanitaria interagiscono in maniera trasversale con i processi lavorativi e hanno un impatto sulle responsabilità aziendali e sull'efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate alla cittadinanza. AIREPSA ha ritenuto fondamentale contribuire alla crescita professionale del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) in ambito sanitario investendo negli ultimi 6 anni, in un

⁴⁹ Presidente AIREPSA.

momento di forte cambiamento dell'organizzazione delle Aziende, nella valorizzazione di questo ruolo in un'ottica manageriale.

Per questo AIREPSA ha partecipato con convinzione alla ricerca che ha consentito di:

- comprendere come il ruolo del RSPP fosse «visto» dal top management delle Aziende sanitarie;
- portare l'Associazione ad analizzare le criticità di questo ruolo, circoscritto da quanto previsto dal dettato normativo, sia nella quotidianità aziendale che sul piano delle conoscenze e delle competenze;
- ipotizzare le possibili evoluzioni, in maniera da adempiere pienamente alla visione integrata e sostenibile della SSL disegnata dal Legislatore.

La ricerca può consentire l'inizio di un percorso di crescita delle competenze degli RSPP, non solo specialistiche ma anche manageriali, con l'obiettivo di proporre alle Organizzazioni Sanitarie una figura con elevate competenze professionali, completate da una chiara impostazione manageriale sempre più integrata nei processi decisionali e operativi delle Aziende sanitarie.

La pandemia da COVID-19 ha fatto emergere in maniera evidente che la SSL non è concepita come elemento valoriale e culturale, ma viene ancora attuata come mero adempimento normativo. Con la ricerca, prima ancora della pandemia, ci si è soffermati proprio su quegli aspetti manageriali che risultano fondamentali per il RSPP, in aggiunta alle skill tecniche, in una corretta relazione all'interno di un'organizzazione complessa come un'Azienda sanitaria. La correttezza di questa impostazione può essere confermata dopo un anno di pandemia, e le competenze utili/necessarie risultano essere:

- Comunicazione e ascolto;
- Consapevolezza organizzativa;
- Proattività;
- Propensione al cambiamento;
- Team leadership.

Queste competenze possono consentire al RSPP di gestire in maniera più agevole tutte le interazioni con le varie articolazioni aziendali e fornire un supporto più concreto al Top management in un momento nel quale è evidente la necessità di operare in emergenza e con scelte da assumere rapidamente.

La pandemia da COVID-19 ha palesato la necessità di un *tagliando* per la legislazione in materia di SSL, nonché per l'organizzazione del SSN. Il RSPP per essere efficace nella sua azione di «promotore della cultura della

Salute e Sicurezza sul Lavoro» deve integrarsi necessariamente sempre più nella gestione complessiva dell'organizzazione aziendale.

Infatti, solo integrando la gestione del rischio nella gestione complessiva delle Aziende sanitarie si possono ridurre la gravità e la frequenza degli eventi avversi, contraendo i costi che gravano sulle Aziende stesse e sul sistema sociale ed economico a esse associato.

AIREPSA, consapevole che la riduzione dei rischi può essere anche una importante leva per il miglioramento dell'efficacia e della efficienza aziendale, oltre che della competitività per una Sanità sostenibile e d'eccellenza, ritiene fondamentale muoversi su due direttrici:

- la realizzazione di un percorso di alta formazione per il management della Sanità che fornisca al RSPP le competenze necessarie a una visione d'insieme e integrata dei rischi, correlandola alle strategie aziendali e all'analisi dei processi, in un'ottica dinamica ed evolutiva dei rischi stessi per il miglioramento continuo;
- la realizzazione della *compliance aziendale*, in maniera che Gestione Integrata del Rischio e *Business Continuity* applicata alle organizzazioni del SSN divengano elemento di governo imprescindibile e patrimonio culturale diffusi.

4.4 AISIS (Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità) di Alberto Ronchi⁵⁰

I professionisti aderenti ad AISIS affrontano da tempo l'ambivalenza del loro ruolo *in transizione* da una visione prettamente tecnico-operativa al ruolo di middle management, in alcune realtà più avanzate molto prossime al top management aziendale. I servizi preposti al governo dei sistemi informativi aziendali sono, ovviamente, ancora coinvolti nella gestione tecnico-operativa della infrastruttura informatica a loro affidata, ma hanno visto spostare la loro attenzione sempre più verso il governo del dato e, quindi, dell'informazione, alla base delle scelte del management aziendale, sia nelle *operations* quotidiane che nelle valutazioni tattiche o strategiche di medio e lungo termine.

La complessità tecnica delle infrastrutture informatiche ha gradualmente portato l'ambito progettuale e per l'implementazione verso soluzioni di *outsourcing* o di appoggio a sovrastrutture esterne all'Azienda (a volte assicurate anche dalle Regioni). I sistemi informativi hanno abbandonato, quindi, il ruolo operativo, spostandosi verso un ruolo di governo. Questa

⁵⁰ Presidente AISIS.

transizione ha imposto il cambiamento dei profili professionali, favorendo l'emergere di ruoli di management e una maggiore attenzione al valore aggiunto dei sistemi informativi nel governo complessivo dell'Azienda.

Il percorso di riflessione, analisi e inquadramento dei profili professionali condotto con FIASO si inserisce, quindi, in una naturale evoluzione delle figure professionali afferenti ad AISIS in corso da quasi un decennio. La collaborazione con altre Associazioni rappresentate nel Forum ha consentito parallelismi con l'evoluzione di altre professionalità, di cogliere spunti dai percorsi già intrapresi da loro e di ipotizzare sinergie verso una evoluzione congiunta del middle management emergente.

Nel panorama nazionale diverse visioni, scelte strategiche e inquadramenti imposti dai livelli sovra-aziendali, hanno reso molto diversificati i modelli organizzativi, le afferenze di organigramma e, conseguentemente, i ruoli dei sistemi informativi. Questo primo tentativo di delineare e formalizzare un *profilo* dei professionisti afferenti ad AISIS assume un importante valore di guida per una convergenza verso una uniformità di ruolo dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie.

Gli elementi chiave del profilo emerso dallo studio confermano lo spostamento del proprio ruolo da una visione tecnica a una visione incentrata sulla visione strategica e sull'allineamento con le strategie aziendali. Questo nuovo ruolo impone che i profili professionali delle nuove generazioni di manager dei sistemi informativi siano caratterizzate, oltre che dalle skill specifiche anche da significative competenze di management strategico, delle risorse umane, di comunicazione e integrazione multidisciplinare.

Il manager dei sistemi informativi deve evolversi, quindi, da un manager delle tecnologie, spesso autoreferenziale e guidato da esigenze operative, a un manager del dato, delle informazioni e della corretta valutazione di impatto, implementazione e valorizzazione delle tecnologie ICT, in linea con le esigenze strategiche aziendali. Per promuovere questo nuovo ruolo, il manager deve abbandonare l'ambito tecnico come interlocutore principale, spostandosi verso il dialogo e la progettualità legata direttamente al top management e al resto del middle management aziendale.

4.5 ANMDO (Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere) di Gianfranco Finzi⁵¹

La figura del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero (DMPO) è descritta nel comma 9 dell'art. 4 del D.Lgs. 502/92: «Nei presidi ospedalieri dell'unità

⁵¹ Presidente ANMDO.

sanitaria locale è previsto un dirigente medico, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative...».

L'incarico di DMPO è caratterizzato da funzioni di direzione e gestione, comuni a tutte le unità operative complesse, e da funzioni distintive specifiche dell'unità operativa e del ruolo di *dirigente medico* ex D.Lgs. 502/1992, come:

- il concorso al conseguimento degli obiettivi fissati dal Direttore generale (art. 4 c 9 D.Lgs. 502/92);
- l'attribuzione dei compiti menzionata specificamente nell'atto aziendale (art.15 bis D.Lgs. n. 502/92);
- le tipologie di incarico definite dal CCNL (art. 27);
- la partecipazione, prevista dalla prima definizione normativa nazionale, al Collegio di direzione (art. 15 bis D.Lgs. n. 502/92)
- quanto previsto da una fonte primaria come l'art. 69 del Codice deontologico.

In questi ultimi anni diversi fattori hanno inciso sulla figura del DMPO:

- l'istituzione della figura del Direttore Sanitario Aziendale;
- la tendenza a integrare più presidi ospedalieri in uno unico;
- la dipartimentalizzazione degli ospedali;
- l'evoluzione delle conoscenze e delle normative;
- la transizione professionale, con il riconoscimento di più ampie autonomie gestionali alla componente clinica, infermieristica e tecnica;
- la necessità di rispondere a requisiti e a standard nazionali;
- la crescente specializzazione dei servizi di staff alla Direzione aziendale (*Rischio clinico, Qualità*).

Di fronte a tali trasformazioni, la figura del DMPO da un lato è rimasta saldamente ancorata alle competenze tradizionali, attribuite dalle norme, in particolare dal D.P.R. 128/1969 a tutt'oggi in vigore, dall'altra si è differenziata secondo gli assetti organizzativi aziendali.

Nei diversi modelli, il DMPO garantisce l'integrazione delle diverse articolazioni aziendali nel progetto organizzativo dell'ospedale, mantenendo una visione di sintesi all'interno di un sistema caratterizzato da elevata complessità.

Grazie allo *skill mix* tra competenze ed esperienze igienico-sanitarie e tecnico-organizzative più tradizionali, e quelle manageriali-gestionali più recenti, i Direttori Sanitari delle Aziende e dei Presidi Ospedalieri hanno gestito i piani di emergenza e la rete ospedaliera, integrandola con quella territoriale, *in primis* con la prevenzione-igiene pubblica, le collaborazioni con altre istituzioni e associazioni e tra strutture pubbliche-private. Più

specificamente, nel contesto ospedaliero ha gestito nuovi modelli organizzativi, la modularità delle piattaforme operative, le risorse professionali, l'organizzazione e lo sviluppo delle tecnologie, con la telemedicina in primo piano, l'indirizzo delle ristrutturazioni e degli adeguamenti edilizi e impiantistici. Intere attività e gruppi professionali sono stati adattati rapidamente in team multidisciplinari e multiprofessionali impiegati in modelli organizzativi innovativi, in tutti i *setting* assistenziali, grazie alle capacità e competenza e in molti casi la fantasia tecnico-organizzativa dei ruoli di direzione e alla collaborazione con i ruoli clinico-assistenziali. In prospettiva, la capacità di integrazione e la propensione al cambiamento sperimentata durante la pandemia, sia da parte dei professionisti che del management, può giocare un ruolo decisivo per affrontare le emergenze e per attuare nuovi modelli organizzativi flessibili in condizioni ordinarie.

L'ANMDO è impegnata da tempo nella definizione e nello sviluppo del profilo del DMPO. In particolare, ha organizzato con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica della Regione Veneto una edizione pilota del *Corso di Formazione Manageriale per DMPO*. Il corso si è caratterizzato per l'integrazione dei requisiti per il riconoscimento giuridico previsti dall'Accordo del 10/07/2003 per il fabbisogno formativo specifico della figura del DMPO. Questa esperienza positiva può essere il preludio di analoghe iniziative da attuare all'interno del percorso del FMS.

4.6 CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto) di Luciano Pletti⁵²

L'esperienza dell'emergenza pandemica che abbiamo vissuto nell'anno appena trascorso ha reso necessario rivalutare l'elaborazione scaturita dai lavori condotti nel 2019, nell'ambito del Forum Management Sanità in collaborazione con FIASO, riguardante la definizione dei profili, delle competenze, degli strumenti professionali del middle management aziendale del SSN.

Nel corso della gestione emergenziale tutte le strutture sanitarie pubbliche e private sono state fortemente sollecitate sul piano delle capacità di risposta e di adattamento a esigenze nuove e a tempistiche serrate, mettendo alla prova le capacità gestionali e manageriali del top e del middle management aziendale.

Per quanto attiene alla funzione del Direttore di Distretto, principalmente ingaggiato nel *setting* domiciliare e residenziale dei Sistemi Sanitari Regionali, le sfide affrontate sono andate dall'adozione di servizi totalmente nuovi (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) e dalla necessità

⁵² Vice Presidente CARD.

di riadattamento dell'organizzazione assistenziale domiciliare, con un grande impegno di integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione, alle attività sistematiche di screening diagnostico della popolazione (tamponi nasofaringei) e, più recentemente, all'effettuazione della campagna vaccinale.

La complessa situazione creata dalla diffusione epidemica del SARS-CoV-2 ha reso più impellente l'attuazione delle funzioni tipiche del Distretto, nell'ambito dell'assistenza primaria, delle cure intermedie e per la realizzazione delle forme di integrazione socio-sanitaria più rispondenti, sollecitando le capacità di governance dei direttori di distretto, nei rapporti con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, le Amministrazioni Comunali, le Associazioni di Volontariato, gli organismi della Cooperazione.

Tutto ciò ci porta a riconfermare le caratteristiche specifiche e le skill delineate per il Distretto nel 2019, dando maggiore evidenza, fra queste, ad alcune competenze fortemente caratteristiche emerse-proprio con l'esperienza pandemica.

In particolare, quelle più legate al ruolo di leadership, che attinge necessariamente alle capacità di comunicazione e ascolto e di sviluppo-valorizzazione dei collaboratori, basate anche su una robusta consapevolezza organizzativa e sulla capacità di conduzione del lavoro di squadra, ma anche alle capacità di gestione dei rapporti con i soggetti esterni alla struttura operativa, sia nell'ambito dell'Azienda (es. Ospedale, Dipartimento di Prevenzione ecc.) che all'esterno di essa (Enti Locali, organismi del Terzo Settore, Rappresentanze dei Cittadini ecc.).

In primo piano, inoltre, e in stretto rapporto con le caratteristiche precedenti, la competenza manageriale, con la propensione a un forte orientamento organizzativo per obiettivi.

Fra le skill in possesso del Direttore di Distretto, quelle che si sono rivelate più significative in corso di emergenza pandemica sono state sicuramente quelle specificatamente legate al ruolo dirigenziale aziendale: conoscenze manageriali strettamente connesse a una solida padronanza della organizzazione dell'Azienda e delle principali procedure.

Da ultimo, nell'ambito della descrizione generale del profilo (*job description*), si riconosce la sostanziale validità di quanto condiviso al termine dei lavori del Forum riguardo alla funzione del Direttore di Distretto, ma va fortemente sottolineata l'importanza che questa figura dirigenziale deve ricoprire e delle capacità che ne conseguono per la gestione dei rapporti e delle collaborazioni con altre strutture e con i diversi portatori di interesse presenti sul territorio servito, dando piena realizzazione al ruolo di committenza e di integrazione.

4.7 FADOI (Federazione delle Associazioni dei Medici Dirigenti Internisti) di Dario Manfellotto⁵³

Al medico moderno non è richiesto essere un esperto di *Clinical Governance* (CG) o di una delle sue branche, ma di essere un cultore della materia. Ogni scelta terapeutica, diagnostica o di percorso clinico è anche una scelta economica e di appropriatezza clinica e organizzativa, anche quando non si applichino i principi della CG.

Al medico è sempre più richiesto di partecipare alla redazione di protocolli o di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali). È necessario possedere conoscenze multidisciplinari per discutere le problematiche organizzative, anche quando si abbia un profilo dirigenziale professionale (si pensi, per esempio, alla scheda di budget). Tuttavia, l'attuale formazione universitaria può soddisfare i bisogni clinici del giovane medico laureato e neo-specialista, ma non offre strumenti per la gestione delle problematiche assistenziali.

Con il documento sul profilo del Direttore di Dipartimento si sono definiti i requisiti generali per la figura di *questo ruolo* e sono state declinate nei particolari le competenze proprie dell'internista che si occupa anche di management. La peculiarità della medicina interna è di essere presente in tutte le strutture ospedaliere e di essere coinvolta nella gran parte dei percorsi clinici e dei processi organizzativi.

La naturale predisposizione culturale e formativa dell'internista, che ragiona sia per esiti che per dinamiche di processo, lo porta a una visione multidisciplinare e trasversale della medicina, permettendogli di acquisire con maggiore facilità gli strumenti della CG ed è quindi facilitato nel dialogo con le istituzioni e con i decisori della sanità. Appare, però, sempre più necessario formare i medici, perché accanto a competenze professionali affianchino conoscenze manageriali.

La pandemia da COVID-19 ha riproposto, in chiave moderna, la sfida alla quale i sistemi sanitari moderni devono trovare risposta, che non può esaurirsi soltanto nel corretto trattamento sanitario, preventivo o curativo che sia. La cronaca sottolinea ogni giorno come l'elemento organizzativo sia la chiave di volta e faccia la differenza. Non solo in Italia, la pandemia ha evidenziato come la struttura attuale del SSN sia in grado di gestire un evento locale, ma non altrettanto di rispondere efficacemente a un evento pandemico. Ha messo in luce, inoltre, anche i limiti e le potenzialità dei quali gli ospedali devono tenere conto per rispondere alle esigenze di salute. Lontano dalla luce dei riflettori, i numeri testimoniano come sia l'internista il vero regista del ricovero per COVID-19.

⁵³ Presidente FADOI.

Le caratteristiche descritte nel documento hanno dimostrato che l'internista rappresenta una figura chiave per capacità, bagaglio culturale sviluppato e consolidato nella gestione della complessità clinica e delle possibili complicazioni. Queste, infatti, trascendono dall'ambito prettamente ultra-specialistico per entrare in quella zona intermedia tra il domicilio e la terapia intensiva che è l'ambito dell'internista.

Tra gli strumenti organizzativi propri dell'internista, evidenziati nella definizione del profilo del Direttore di Dipartimento di Medicina Interna, sono risultati un cardine per affrontare la pandemia:

- la flessibilità e capacità di estendere l'ambito della valutazione di cura anche ai fattori strutturali e ambientali (es. creazione percorsi sporco/pulito), metodologici/di contenuto (PTDA per il management del paziente COVID, per la gestione delle dimissioni domiciliari e per le dimissioni difficili ecc.);
- la capacità di orientare il percorso clinico, diagnostico e terapeutico, oltre che coordinare e lavorare in rete con i diversi professionisti socio-sanitari è indubbiamente uno dei punti di forza che permettono al dirigente internista di integrarsi e gestire il reparto (in generale e i reparti COVID in particolare);
- la team leadership: l'internista è, di fatto, il riferimento e il coordinatore naturale per i colleghi di altre specialità che hanno generosamente offerto il proprio contributo nella gestione dei reparti COVID, ma che trova da sempre realizzazione nell'approccio clinico a multimorbilità, complessità e fragilità;
- il background culturale e l'approccio metodologico aperto alla valutazione degli aspetti ambientali, strutturali e architettonici (es. gestione del paziente non autosufficiente);
- l'accompagnamento del paziente e dei familiari nel percorso di cura, nonostante i limiti presenti (non solo il distanziamento sociale, ma anche i limiti nella gestione del paziente fragile, anziano, con deterioramento cognitivo ecc.).

In questa esperienza, che ha messo a rischio la sostenibilità del SSN, FADOI vede un'occasione per sviluppare le misure in grado di affrontare le nuove sfide, nelle quali l'internista può svolgere un ruolo di coordinamento multidisciplinare sul territorio con nuovi modelli di cura del paziente cronico per giungere finalmente a una reale integrazione con l'ospedale.

Nelle strutture ospedaliere l'obiettivo è rinnovare le organizzazioni per rispondere alle esigenze di cura e all'appropriatezza clinica e organizzativa. Fuori dell'ospedale, la priorità è creare strutture e percorsi di rete per una presa in carico completa e funzionale dei pazienti.

La figura dell'*Hospitalist*, tipica del sistema sanitario USA, può rappresentare un modello organizzativo da adattare alla situazione italiana, per giungere a un sistema sanitario flessibile, efficiente e tempestivo rispetto alle sfide in campo: caratteristiche, queste, sempre ricercate in ambito organizzativo per la salute.

4.8 FARE (Federazione delle Associazioni Regionali degli Economi e Proveditori della Sanità) di Salvatore Torrì⁵⁴

La gestione, lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze del middle management del SSN ha rilevanza fondamentale e strategica nel settore degli approvvigionamenti in Sanità, soprattutto nel rispondere ai continui cambiamenti sia normativi che di contesto all'interno dei quali la professionalità e la competenza di coloro che svolgono un ruolo gestionale è di fondamentale importanza.

Nell'ambito dei risultati della ricerca rispetto al profilo dei professionisti che lavorano nel campo degli approvvigionamenti, emergono caratteristiche rilevanti nelle competenze comportamentali, come per esempio una elevata precisione operativa anche in situazioni di stress, una elevata capacità di lavorare in team incoraggiando e valorizzando i collaboratori, cambiando approccio di fronte a una emergenza o a un imprevisto.

Rispetto al profilo delle competenze tecniche ha una buona conoscenza delle procedure connesse al proprio ruolo e le applica in modo corretto. Ha una buona conoscenza delle tecniche manageriali ed è in grado di orientarsi con facilità e rapidità all'interno della propria Azienda. Conosce il proprio settore in modo approfondito, rappresentando un sicuro punto di riferimento all'interno della propria realtà aziendale.

In particolare, si rileva come il ruolo di responsabile degli acquisti sia assolutamente equilibrato rispetto ai diversi obiettivi previsti nell'approccio BSC, soprattutto nella gestione della spesa e dei controlli.

I risultati della ricerca sono confermati dalle modalità con le quali il responsabile acquisti ha gestito l'emergenza pandemica da COVID-19, che ha avuto un impatto notevole anche sulle strutture amministrative, in particolare nell'area approvvigionamenti, che si è trovata a organizzare in urgenza l'acquisto di un elevato numero di dispositivi medici, protezioni individuali e attrezzature.

Sono emerse, in questo contesto, le competenze manageriali e professionali dei provveditori e dei collaboratori che a vari livelli sono stati e

⁵⁴ Presidente FARE.

sono coinvolti nell'affrontare con velocità e capacità decisionale soluzioni e risposte concrete in un gioco di squadra, coinvolgendo anche le professionalità di altre strutture amministrative e sanitarie.

Questa esperienza ha reso evidente la capacità personale dei ruoli intermedi coinvolti nella gestione della pandemia, attraverso il coinvolgimento e la definizione di strategie che hanno permesso di rispondere ai bisogni sanitari mantenendo costante l'approvvigionamento di quanto necessario.

Le relazioni e il continuo confronto tra il top e il middle management hanno garantito una risposta efficace attraverso la pianificazione delle attività da svolgere con una tempistica a breve termine, quindi con una difficoltà di azione molto elevata.

La figura del provveditore, cioè colui che dirige la struttura degli acquisti, ha svolto quindi un ruolo di collegamento con la direzione strategica nella organizzazione e gestione degli acquisti, ed è stato coinvolto a pieno titolo nella gestione della pandemia a tutti i livelli, interagendo con le altre strutture aziendali sanitarie e amministrative.

La capacità di risposta ai cambiamenti dei professionisti che operano all'interno delle strutture acquisti delle Aziende sanitarie, emersa con chiarezza nel corso della emergenza da COVID-19, affrontandola con grande senso di responsabilità, evidenzia la necessità di un ripensamento, che ne valorizzi il ruolo nell'ambito dei processi decisionali più importanti e strategici per l'Azienda, nell'ottica del soddisfacimento dei bisogni dei pazienti.

4.9 HCRM (Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers) di Alberto Firenze⁵⁵

Nel difficile momento in cui versa l'Italia, intenta a fronteggiare l'emergenza epidemiologica determinata dall'infezione da SARS-CoV-2, tutti i settori e gli operatori interessati sono stati chiamati a fare la loro parte. La Sub Area rischio clinico ha ritenuto di evidenziare quale poteva essere il contributo della rete della sicurezza delle cure e del rischio sanitario per la gestione del COVID-19.

Attraverso la FIASO, Federazione Italiana delle Aziende sanitarie e Ospedaliere, abbiamo preso posizione più volte per richiamare l'attenzione sulle competenze manageriali che hanno permesso al sistema di reggere la sfida. E di questo non possiamo che essere grati, per l'importanza che viene data al ruolo del Risk Manager, oggi impegnato a fronteggiare una situazione di grande difficoltà.

Ma, dall'altro lato, è stata proprio la situazione pandemica a consentire di maturare la profonda consapevolezza del ruolo dei professionisti, e del loro

⁵⁵ Presidente HCRM.

lavoro integrato all'interno delle Aziende a supporto dei processi di cambiamento.

Riteniamo che siano stati di vero interesse gli incontri e i focus specifici per promuovere la stesura di protocolli d'azione, la condivisione di tematiche, idee e proposte di miglioramento, l'analisi degli errori comuni che possono, anzi, devono essere corretti.

Nel campo della gestione, dello sviluppo e della valorizzazione delle competenze del middle management del SSN per il miglioramento delle performance aziendali, siamo convinti che gli incontri promossi da FIASO rappresentino un plus nel panorama sanitario nazionale.

Skill e competenze specifiche sono solo una indicazione di ciò che in realtà il Risk Manager rappresenta per l'Azienda e per l'intero SSN.

Accuratezza e qualità del lavoro, ma anche autocontrollo, comunicazione e ascolto, consapevolezza organizzativa, identificazione, impatto e influenza, propensione al cambiamento e team work sono qualità imprescindibili che contraddistinguono il ruolo del professionista.

Da non trascurare le conoscenze tecniche: conoscenza informatica e linguistica, conoscenze manageriali, conoscenza delle procedure aziendali e della struttura aziendale, ma anche conoscenze teoriche, tecniche-operative/destrezza e, infine, riguardanti la terminologia specialistica, che non può che completare il profilo del Risk Manager.

Gli obiettivi del lavoro e i progetti per il futuro, sia personali che generali, non possono che prevedere il miglioramento della qualità della vita della comunità e dell'Azienda ospedaliera presso cui si presta servizio, e hanno ovviamente un impatto positivo per le generazioni future.

In questo percorso, così come per il futuro, riteniamo fondamentale il lavoro del Risk Manager nel supporto alle Direzioni regionali e aziendali nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e nella gestione della crisi. Senza dimenticare la collaborazione per la elaborazione e diffusione di materiale informativo per le strutture sanitarie e per i cittadini, in coerenza con quanto previsto dalle raccomandazioni internazionali, dalla normativa nazionale e dalle specifiche indicazioni regionali.

Inoltre, la figura del Risk Manager ha offerto e continuerà a offrire un supporto ai programmi di *Infection control* mirati alla diffusione delle buone pratiche correlate a *Infection prevention and control*, un lavoro sicuramente a lungo termine che, anche grazie all'impegno promosso da FIASO e al lavoro comune, porterà senz'altro ottimi risultati alla comunità.

4.10 InGeSan (Associazione Italiana Ingegneri Gestionali in Sanità) di Jacopo Guercini⁵⁶

«La creatività nasce dall'angoscia come il giorno nasce dalla notte oscura. È nella crisi che sorge l'inventiva, le scoperte e le grandi strategie. Chi supera la crisi supera sé stesso senza essere superato.»

(Albert Einstein, *Lettera sulla crisi*, 1929)

Nell'esperienza di tutti gli operatori del sistema sociosanitario, si ragiona in termini di *cosa facevamo prima* e di *cosa abbiamo iniziato a fare poi*. COVID è arrivato e ha cambiato il nostro modo di lavorare e di ragionare.

Si è iniziato a ragionare su come siamo cambiati per colpa (o grazie) alla pandemia, con la prudenza di chi teme di essere smentito prima che l'emergenza finisca.

Sono crollate tante delle nostre convinzioni: la certezza di un sistema sanitario *forte e pronto*, la sicurezza di *capi* che alla prova dei fatti hanno dovuto dimostrare di essere (o non essere) leader, la tranquillità di avere tempo per analizzare, organizzare e strutturare progetti per dare risposte. Ma abbiamo anche attivato i confronti – veloci e informali – tra colleghi e tra organizzazioni per capire chi faceva meglio, non per ricercare chi sbagliava e per fare classifiche, ma per trovare le chiavi del miglioramento.

La pandemia ci ha costretto a imparare a essere diversi. A fare dell'esperienza innovazione. Sono sorti problemi nuovi, che hanno acuito criticità già presenti, a cui dare soluzioni.

Affiancati alla gestione clinica, è stato necessario dare risposte organizzative a situazioni ignote, che solo con un approccio di *interdisciplinarietà* hanno trovato una risposta, e si è sviluppata una facilità *nuova* nella condivisione delle conoscenze e nel superamento dei ruoli, un approccio che ha consentito di superare la storica divisione tra sanitari e amministrativi. La logistica delle cose, da sempre trasparente nell'organizzazione, ha evidenziato il proprio ruolo di supporto primario ai processi clinici.

Adattabilità, versatilità e trasversalità sono skill difficili da imparare dalla teoria e poco coltivate nella pratica, ma che hanno fatto la differenza tra gruppi formali di individui e veri team che hanno lavorato insieme. Perché solamente il gruppo ha potuto affrontare gli imprevisti, amplificando la capacità di adattamento dei singoli componenti.

La pandemia ci ha offerto nuovi strumenti per velocizzare i cambiamenti. I tempi per trovare le risposte si sono compressi, annullati.

⁵⁶ Presidente Ingesan.

La percezione dell'urgenza ha fatto emergere la necessità di sicurezze nella definizione della *catena di comando*, insieme ad anomalie storiche delle organizzazioni sanitarie, che affiancano a un organigramma *formale* una struttura decisionale informale ma *sostanziale*. Essere riusciti a stabilire e a rispettare per ogni organizzazione la modalità più adatta per garantire il fluire delle indicazioni top-down, ma soprattutto la raccolta e l'utilizzo tempestivo e selettivo dei feedback bottom-up, è stato il punto di svolta delle organizzazioni, in cui il middle management ha potuto agire un ruolo tradizionalmente ancorato ai ruoli e agli individualismi, agli «orticelli».

La *gestione del tempo* e la *definizione delle priorità* sono diventati, quindi, un patrimonio comune, una condizione per arrivare prima alla risposta. È emersa la necessità di *calibrare la comunicazione*: distinguere che cosa comunicare a chi e come per essere efficaci. La mancanza dell'informazione è stata una criticità, ma l'eccesso di dati ha generato parimenti problemi di efficienza.

La pandemia ha cambiato l'approccio alle «risorse umane», ricordando che siamo «persone». Il *peccato originale* del contingentamento delle risorse alla fonte (numeri chiusi nelle università e nelle specialità, inesistenza del middle management) ha ridotto la possibilità di reclutamento del personale nel momento in cui sarebbe stata la risposta più veloce alla necessità di ampliare l'offerta sanitaria.

Dovendo contare sulle persone presenti, sono diventati fondamentali i valori dei singoli. I meccanismi che hanno portato molti a smettere di dire *Si è sempre fatto così* e agire pensando *Se non io, chi, se non ora, quando?*

Sono diventati ancora più strategiche le attività che hanno migliorato la *percezione della sicurezza* dei lavoratori e, per quanto possibile, il benessere organizzativo. Sono risultati vincenti i leader e il middle management che hanno dimostrato capacità di *percepire e gestire lo stress* del personale legato ai tempi ridotti e la capacità di *gestione dei conflitti* legati alla stanchezza e all'incertezza. Nei momenti difficili sono emerse risorse personali impensabili.

La pandemia non può insegnarci a mantenere vivo quanto abbiamo imparato. Ora dobbiamo trasformare in ordinario quanto di straordinario è stato fatto. Siamo stati costretti a imparare a essere *qualcun altro*, ad abbandonare certezze e a cambiare comportamenti. Abbiamo conosciuto gli altri componenti dell'organizzazione sotto un'ottica diversa, e loro hanno conosciuto noi. La sfida che COVID ci lascerà, quando finalmente smetterà di essere un'emergenza, sarà quella di *riuscire a riconoscere, mantenere, capitalizzare e far crescere queste nuove capacità*. Nostre e delle nostre organizzazioni.

I passi da giganti del Digital Health, con l'incredibile evoluzione dei nostri colleghi sanitari che, rispetto ai progetti di innovazione tecnologica, sono passati da essere *destinatari* (poche volte attivi, spesso passivi, in alcuni

casi avversi) a essere *promotori*, richiedenti attenti in un'ottica *pull* e con uno spirito di condivisione, deve servire da stimolo per ripensare il futuro in termini di progettualità vincenti. È la dimostrazione che in sanità, se lo si vuole, 1+1 può fare 3.

4.11 SIAIS (Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità) di Daniela Pedrini⁵⁷

Per SIAIS tutti gli aspetti relativi alle competenze manageriali si sono dimostrati fondamentali per affrontare la fase pandemica, in particolare quelli che hanno permesso l'integrazione professionale di tutte le competenze coinvolte.

L'impatto della pandemia da SARS-CoV-2 ha innegabilmente e chiaramente evidenziato, per la maggior parte degli ospedali in tutto il mondo, una serie di limiti strutturali e impiantistici e l'emergenza, fungendo da acceleratore, ha costretto il *sistema* a ricercare risposte immediate e il più possibile efficaci.

Gli elementi decisivi nel fronteggiare questa emergenza vanno dalla grande duttilità mostrata dal sistema ospedaliero nel suo complesso, con la capacità di aggiornamento, integrazione e collaborazione del personale sanitario, tecnico e amministrativo a tutti i livelli, alla dinamicità del sistema organizzativo, che ha orientato tutti gli sforzi alle nuove necessità dettate dall'emergenza stessa.

È sempre più evidente la necessità di *ridisegnare* l'ospedale del futuro, o meglio, del domani, apportando le necessarie correzioni. L'emergenza epidemiologica può rappresentare, sulla base dell'esperienza accumulata, un'opportunità per una sua riorganizzazione, intravedendo nel Recovery Plan un possibile impulso.

Di fronte a questa situazione è fondamentale puntare su tre direttrici, convergenti e concomitanti: *integrare* e ampliare le dotazioni – elettriche, informatiche, dei gas medicinali – nelle diverse aree dell'ospedale, anche con un certo grado di ridondanza, per renderle pronte a essere utilizzate in caso di situazioni straordinarie; *migliorare* la dotazione impiantistica per garantire regolazione e controllo delle condizioni termo-igrometriche, dei ricambi d'aria e delle eventualmente necessarie sovrappressioni degli ambienti; *rivedere* l'uso degli spazi connettivi e delle relazioni tra le diverse aree funzionali.

L'obiettivo è rimodulare gli spazi, i percorsi assistenziali e la logistica. Per esempio l'ospedale del futuro deve essere flessibile, con spazi che permettano utilizzi funzionali diversi a seconda delle esigenze (camere di

⁵⁷ Presidente SIAIS.

degenza che possono essere trasformate in un unico ambiente per ampliare la capienza del reparto in caso di necessità). È imperativa la suddivisione dei percorsi all'interno dell'ospedale per evitare contaminazioni. Flessibilità, capacità di adattamento, predisposizione di aree ospedaliere isolabili in caso di emergenza, ma sempre connesse con tutti i servizi. Questo è l'identikit dell'ospedale del domani.

Il sistema edificio-impianto-tecnologie deve essere sempre più adattabile in funzione del contesto (climatizzazione, pressioni positiva/negativa, comfort ecc.).

È indispensabile, inoltre, avere sotto controllo non solo gli aspetti tecnici dell'edificio, come la vulnerabilità sismica, l'efficienza energetica, il funzionamento degli impianti elettrici e termici, l'erogazione di gas e medicinali ecc., ma anche intervenire sul comfort del paziente e degli operatori, tenendo sotto controllo la temperatura e l'umidità, la termoregolazione e l'illuminazione adeguata alle condizioni sanitarie e integrare tutto ciò con le destinazioni d'uso della struttura (percorsi clinici e relativa coerenza dei locali, caratteristiche del personale sanitario, flessibilità dei parametri dei singoli ambienti).

Per avere la possibilità di utilizzare le risorse che si renderanno disponibili in tempi brevi, le iniziative da intraprendere coinvolgono:

- il miglioramento della programmazione e della qualità dei progetti per *ridurre* i tempi di attivazione delle risorse;
- il ruolo del *Project Management* (anche per ridurre i tempi di *attraversamento*) si è dimostrato uno strumento operativo fondamentale anche durante il periodo di emergenza sanitaria;
- il contributo dell'innovazione tecnologica;
- la disponibilità, da un lato, delle risorse tecniche di alta competenza anche all'interno delle organizzazioni e, dall'altro, il supporto specialistico esterno (tecnico/legale, amministrativo/finanziario ecc.) necessario alla pubblica amministrazione.

Va ribadita l'importanza di mettere a sistema nuovi criteri per garantire la sicurezza di pazienti e operatori.

La cultura della sicurezza è centrale, dalla fase progettuale, nella quale viene deciso dove collocare una struttura rispetto al territorio, alla progettazione vera e propria anche dei singoli dettagli costruttivi. È fondamentale assicurare un sistema di *building management*, unitamente all'uso di materiali eco-sostenibili, ed è necessario puntare non solo sull'efficienza energetica quanto piuttosto su un progetto complessivo di sostenibilità.

L'evoluzione dei processi progettuali riguardanti gli adeguamenti delle strutture esistenti e di nuovi ospedali in un'ottica di integrazione delle competenze è l'arma vincente per gestire situazioni complesse.

SIAIS, Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria, che riunisce ingegneri, architetti, geometri, periti delle aree tecniche delle Aziende sanitarie e ospedaliere e professionisti tecnici che lavorano nel campo della sanità, è stata testimone del lavoro che tutti hanno svolto a supporto del personale sanitario, cercando di condividere le soluzioni proposte nelle diverse realtà, non solo in Italia, ma anche a livello internazionale.

Non a caso, tra i vari obiettivi della nostra Associazione spicca l'impegno a fare rete e, soprattutto in un momento così complicato e senza precedenti, a causa dell'emergenza sanitaria per la pandemia da SARS-CoV-2, scambiare le esperienze e le soluzioni ci ha fatto sentire *non da soli*.

4.12 SIDMI (Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche) di Bruno Cavaliere⁵⁸

La nostra Società scientifica ha le radici nel lontano 1956, nata per volere delle allora Direttrici delle Scuole per Infermiere Professionali, Vigilatrici d'Infanzia e Assistenti Sanitarie, riunite a Roma, che hanno fondato un Comitato per discutere dei nuovi programmi didattici e delle relative competenze da trasmettere ai futuri professionisti.

Successivamente, alla fine degli anni Novanta, l'Associazione è stata rifondata a Roma, prendendo la denominazione di Comitato Infermieri Dirigenti (CID), come luogo di incontro di dirigenti (non ancora formalmente riconosciuti) e professionisti impegnati nell'organizzazione e nella formazione. In seguito quel Comitato si è evoluto ulteriormente, divenendo Società scientifica dal 2003, con l'intento di rispondere alla crescente necessità di sviluppo della cultura scientifico-disciplinare infermieristica in ambito manageriale. Lo scorso anno, a Torino, si sarebbe dovuto svolgere il nostro 25° Congresso nazionale e in occasione di questo evento il Comitato Infermieri Dirigenti aveva organizzato la cerimonia per comunicare il proprio rinnovamento in Società Italiana per la Direzione e il Management delle professioni Infermieristiche, passando quindi da CID a SIDMI.

Durante la pandemia da COVID-19 l'aumento dei pazienti in condizioni critiche ha portato a cambiamenti organizzativi a livello ospedaliero, per fornire una risposta immediata e idonea alla situazione che

⁵⁸ Presidente SIDMI.

si stava prospettando. In Italia i primi casi sono stati accertati a fine febbraio 2020, e da marzo abbiamo assistito a un progressivo incremento, con apertura di nuovi posti di Terapia Intensiva, di semi-intensiva e di aree mediche specifiche per accogliere pazienti affetti da polmonite da SARS-Cov-2. La neonata Società Italiana per la Direzione e il Management delle professioni Infermieristiche ha la responsabilità di testimoniare i fatti e sostenere le azioni urgenti per garantire ai cittadini e ai professionisti le necessarie condizioni organizzative e scientifiche per sostenere il Sistema Sanitario Nazionale, rendendolo più forte e coerente con i bisogni della collettività. Le testimonianze di quanti sono stati direttamente impegnati nell'emergenza da COVID-19 saranno, infatti, particolarmente preziose quando il tempo dell'emergenza sarà concluso e verrà il tempo delle scelte, dell'agire, delle decisioni per proporre con forza ciò che da sempre chiediamo e che riteniamo essere utile e indispensabile per garantire cure di qualità su tutto il territorio nazionale e condizioni di lavoro adeguate per i professionisti.

La leadership Infermieristica e delle Professioni Sanitarie è un elemento di grande importanza per la sicurezza dei pazienti, per il benessere degli Infermieri e per la qualità delle cure, negli ospedali, nella comunità e in tutti i contesti nei quali viene erogato un servizio di assistenza sanitaria. Per questo le Direzioni delle Professioni Sanitarie non possono più essere rappresentate da isolate sperimentazioni lasciate al caso o alla valutazione dei singoli. Devono essere istituite in tutta Italia e poter garantire al cittadino e ai professionisti una solida struttura organizzativa. L'istituzione delle Direzioni delle Professioni Sanitarie su tutto il territorio nazionale è un servizio fondamentale per tutta la sanità italiana (SIDMI pubblicherà a breve con un formale atto di indirizzo per la loro istituzione). Non avere una Direzione delle Professioni Sanitarie adeguata in ogni struttura socio-sanitaria non può più essere accettabile, non è oltremodo ammissibile. Nella convinzione che ogni esperienza, se condivisa e raccontata, possa contribuire a rendere più forti le proposte della Società scientifica agli occhi e alle orecchie dei cittadini, dei politici e degli amministratori, SIDMI ha ritenuto di partecipare a questa Ricerca, utile al confronto con altri Professionisti che ci hanno aiutato ad avere una visione ad ampio spettro, trasversale ad altri ambiti scientifici e professionali.

4.13 SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie) *di Arturo Cavaliere*⁵⁹

La figura del Farmacista Ospedaliero si sta rivelando centrale e strategica nel ripensamento complessivo del Servizio Sanitario Nazionale. Le sue competenze e responsabilità coprono oggi un range vastissimo di attività, anche grazie a percorsi formativi accademici, post accademici e di alta specializzazione, ai quali la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende sanitarie-SIFO ha dato un contributo sempre più completo e specifico.

I farmacisti ospedalieri hanno quindi accolto con grande attenzione (e anche con soddisfazione) i risultati dei focus group promossi da FIASO. Nei risultati di questi focus il farmacista ospedaliero viene apprezzato (tra skill e competenze) dalle Direzioni generali e dalle Associazioni dei pazienti, soprattutto per le sue conoscenze professionali e specialistiche, per la sua managerialità, per le conoscenze dei processi aziendali, per la sua capacità trasversale nel creare sinergiche collaborazioni multidisciplinari e di qualità con gli stakeholders, orientando l'assistenza qualificata delle cure all'interno della cornice del budget aziendale.

In pratica, oggi al Farmacista ospedaliero viene riconosciuta la vasta conoscenza della struttura dell'Azienda per possedere una visione complessiva del processo assistenziale e di governance della farmaceutica e dei dispositivi medici. Inoltre, le vengono attribuite capacità fondamentali, come quelle di avere impatto e influenza positive sull'organizzazione complessiva, dovendo svolgere attività di negoziazione in staff con la direzione strategica, lavoro di équipe, gestione della logistica, con una funzione unica di connessione all'interno dell'Azienda stessa.

Questi elementi, sottolineati da pazienti e direzioni, sono stati amplificati nella capacità di risposta che i farmacisti ospedalieri hanno espresso durante la pandemia da SARS-CoV-2. Nel periodo pandemico le Direzioni Generali Regionali hanno attribuito ai farmacisti dei Servizi Farmaceutici Aziendali ruoli cruciali nella gestione e centralizzazione dei Dispositivi di Protezione Individuale, nella Galenica clinica per le preparazioni magistrali dei farmaci carenti sul territorio nazionale, all'interno delle Unità di Crisi Ospedaliera e Regionali, nei team multidisciplinari che hanno coordinato la gestione clinica e organizzativa della pandemia, oltre all'impegnativa gestione delle sperimentazioni cliniche di terapie farmacologiche di contrasto al COVID-19 che sono state attivate con procedura accelerata in molte strutture ospedaliere.

⁵⁹ Presidente SIFO.

Senza dimenticare – lo abbiamo lasciato per ultimo proprio perché il capitolo è vastissimo – che i documenti prodotti da SIFO sulle buone pratiche degli allestimenti magistrali sono serviti ad assicurare efficacia e sicurezza del preparato, realizzando così quell’impatto positivo su tutto il sistema della campagna vaccinale che proprio in questi giorni vede i Farmacisti ospedalieri ancora una volta protagonisti.

Riteniamo che oggi il miglioramento delle performance complessive delle diverse realtà del SSN passi proprio dalla valorizzazione delle esperienze e competenze del management che dello stesso servizio sanitario è colonna portante. Questa affermazione, che era valida già prima della pandemia, assume oggi un valore e un’ampiezza prima decisamente sconosciuti. Chi, se non il management che ha vissuto in prima linea il COVID-19, può contribuire a un ripensamento reale, concreto, affidabile della sanità del nostro Paese e dei servizi a essa connessi? Chi può intervenire in quel complesso di relazioni, processi, fabbisogni, approcci che sono alla base della quotidianità gestionale, se non gli stessi professionisti che quelle problematiche vivono quotidianamente?

Nello specifico SIFO ha appena definito i Punti programmatici del lavoro che l’attuale Direttivo intende sviluppare nel periodo 2020-2024 come leve essenziali per nuovi obiettivi di qualità, efficacia e sostenibilità del SSN. Eccoli, in estrema sintesi:

1. Qualità dell’assistenza farmaceutica;
2. Health technology assessment (HTA), Health technology management (HTM) e Real world evidence (RWE);
3. Nuovi modelli organizzativi di integrazione ospedale-territorio finalizzati a una migliore performance in Sanità e alla sicurezza delle cure;
4. Strategie d’azione e linee guida condivise con Società scientifiche nazionali e internazionali;
5. Innovazione e lean management dei processi organizzativi nell’assistenza farmaceutica;
6. Ricerca e Sperimentazione Clinica;
7. Responsabilità e gestione del rischio nelle attività professionali del Farmacista SSN;
8. Gestione digitale delle linee di attività professionali del Farmacista del SSN.

Come Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende sanitarie, crediamo fortemente che immaginare un futuro migliore non possa che migliorare il presente che viviamo, nella consapevolezza che «quello che facciamo è solo una goccia nell’oceano. Ma se

non ci fosse quella goccia all'oceano mancherebbe» (Madre Teresa di Calcutta).

4.14 SIGERIS (Società Italiana gestori del Rischio in Sanità) di Andrea Minarini⁶⁰

In questo periodo particolare, legato alla pandemia, ci siamo presi un po' di tempo per osservare le modalità e i tempi della gestione dell'emergenza a livello nazionale e internazionale, per comprendere, con dati e non supposizioni, quali fossero i margini di miglioramento per la gestione del rischio in corso d'opera e per il futuro.

Riteniamo che il tempo necessario all'osservazione sia stato sufficiente. La prima riflessione è per tutti gli operatori per la sanità che sono costretti a ritmi e tensioni non certamente usuali: a tutti loro va il grazie per l'impegno.

Gli uomini hanno retto ma le organizzazioni hanno mostrato nella fase iniziale tutta la loro fragilità. La resilienza dei singoli ha sopperito alle difficoltà delle organizzazioni a rispondere in modo efficace alla eccezionalità di una situazione catastrofe.

Ma le catastrofi avvengono, dovremmo averlo già imparato da precedenti eventi, naturali e non, che hanno causato danni immensi.

Sono saltate le abitudini, le consuetudini e le usualità rassicuranti. Questo è proprio il momento nel quale l'organizzazione fa la differenza e diventano necessarie tutte le figure che concorrono al percorso di cura.

Che cosa fa la clinica o l'assistenza se non ci sono aziende che producono mascherine, grembiuli idrorepellenti, ventilatori e tutti gli altri presidi necessari all'eccellente lavoro di medici, infermieri e Operatori socio sanitari?

Nel nostro comunicato di inizio attività avevamo posto l'attenzione sulla considerazione che prima della realtà odierna la mancata o errata organizzazione fosse la responsabile di oltre il 90% degli eventi avversi e di gran parte delle richieste risarcitorie. Mai come oggi lo ribadiamo con forza oggettiva.

La Legge 24/17 ha finalmente abbandonato il concetto di rischio clinico (anche se ancora oggi il termine è troppo in uso) per ampliarlo a rischio sanitario, chiedendo a tutti gli operatori di concorrere alla sua gestione (art. 1, comma 3).

Poco si è fatto in tal senso da parte delle Aziende. La nostra Associazione parte proprio da questo concetto: oltre alla cura di un malato, oltre a chi è in prima fila, medici e infermieri in particolare, c'è tanto altro del

⁶⁰ Presidente SIGERIS.

management che concorre alla corretta organizzazione, a partire dalla migliore presa in carico anche dei professionisti sanitari, dal corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale al loro trasporto, dall'industria produttrice all'analisi dei bisogni, dalla pulizia dei presidi, allo smaltimento dei rifiuti ecc.

Per questo la Gestione del rischio in sanità deve essere fatta da un insieme di professionalità, ognuna per la propria competenza, *accordate* verso il traguardo delle cure sicure.

L'idea fondamentale è un lavoro di squadra multi-professionale, non più rimandabile, ancora poco diffuso nella nostra sanità. E la squadra va intesa come sistema, che veda tutti protagonisti del management impegnati verso obiettivi comuni. Non *avversari*, in base alla specificità della propria professione.

Proprio in questo frangente abbiamo ascoltato molti colleghi del territorio che non riescono, pur volendolo, a interpretare questo ruolo centrale fornendo il loro contributo, ma che anzi vengono tenuti in disparte, quasi fossero considerati solo rilevatori di errori.

Ma dagli errori si impara se si è in grado di proporre e gestire il miglioramento.

Tutto ciò è esclusivamente frutto di una precedente *cattiva* cultura autoreferenziale, che neanche la Legge 24, fino ad ora, è riuscita a scardinare.

In molti sistemi, al di fuori della sanità, la partecipazione dell'Ufficio per la gestione del rischio nelle scelte, nei momenti di urgenza e di emergenza, al pari di altre professionalità, è risultata strategica e decisiva.

La gestione di situazioni come quella attuale da parte delle direzioni strategiche necessita di un'attenta rivisitazione, che ri-orienti l'attività a una gestione più condivisa e, lo ripetiamo, con obiettivi comuni.

Sappiamo che abbiamo molto lavoro da fare e che la strada è molto lunga, ma siamo certi che se nelle Aziende della sanità non si inizierà a comprendere l'importanza della gestione del rischio allargata e a utilizzarla correttamente, il percorso della migliore organizzazione sarà ancora molto lungo.

Per questo è nostra intenzione, traendo insegnamento da quanto sta accadendo, appena sarà possibile e passato il momento dell'emergenza, mettere a disposizione di tutti momenti di incontro e formazione per pensare a nuovi modelli organizzativi, che traggano la loro origine dal cambiamento culturale, ponendo i professionisti della salute, non solo il paziente, al centro.

4.15 SIMM (Società Italiana di Leadership e Management in Medicina) di Mattia Altini⁶¹

In questo momento di sfide epocali per la Sanità italiana, ma anche globale, con importanti risvolti sociali ed economici, gli attori in gioco devono adottare tutte le doti di resilienza delle quali dispongono per dare il meglio a un sistema che ha dimostrato diverse fragilità durante la pandemia da COVID-19.

SIMM si pone in questo sistema come attore trasversale in questo sistema, convogliando le sue energie verso il rafforzamento delle alleanze tanto con le Società scientifiche dei settori più clinici in ambito medico, che con quelle del settore farmaceutico e manageriale.

La SIMM ha di recente operato un cambio di Statuto, aprendo a tutte le professioni sanitarie che afferiscono all'ambito di *leadership e management* in sanità. Offrendo, oggi, un corso strutturato di formazione («*SANITÀ in movimento*»), una serie di webinar con interviste a importanti protagonisti della sanità italiana), SIMM conferma di credere profondamente nell'alleanza professionale con la componente clinica, in cerca di modelli gestionali integrati ed efficienti, concetti che andrebbero approfonditi anche nei core curriculum dei Corsi di Laurea in Medicina e Professioni Sanitarie.

Il modello di SIMM si è tradotto anche in un approccio innovativo alla formazione nei percorsi clinici con il primo *Theatre*, a cui sono seguite altre iniziative in tal senso (*piece* teatrali su alcune patologie come Ictus e Tumore della mammella), nelle quali vi è stato anche il pieno coinvolgimento dei destinatari dei servizi (Associazioni).

Nella visione di SIMM, dunque, la formazione del middle management passa attraverso politiche concrete, tra cui un nuovo modello di integrazione tra la gestione quotidiana e contingente delle direzioni mediche e delle professioni sanitarie (infermieristica, tecnica, amministrativa ecc.), con un approccio scientificamente supportato dalle evidenze ed esperienze di letteratura. La sfida del COVID ha scoperto anche questo nervo: la necessità di adottare approcci guidati a mano a mano dalle evidenze prodotte, in un sistema in cui tutte le strutture del sistema sanitario non si pongono esclusivamente come utilizzatrici ma, ovviamente, anche come produttrici di saperi che loro stesse trasleranno nella realtà clinica. Solo tramite una leadership e una governance realmente *evidence-based* si può riuscire davvero a gestire e governare al meglio un sistema così complesso come quello sanitario, in cui la componente umana, di conoscenze, di tecnologie, di relazioni e ora anche di digitalizzazione si trovano a coesistere e necessitano di integrazione.

⁶¹ Presidente SIMM.

Come previsto dal PNRR, l'assistenza sul territorio va potenziata e questo sarà l'obiettivo primario nella costruzione del modello di SSN del futuro, basato su sostenibilità, attenzione al territorio e alle tematiche emergenti e non più trascurabili come la One Health.

All'interno di un contesto di cronicità e multimorbilità, un distretto sanitario 2.0 è da intendersi come sede dove trovano allocazione personale qualificato e servizi territoriali che possono erogare prestazioni sanitarie, in una modalità di presa in carico congiunta fra lo specialista e il medico di medicina generale, anche attraverso l'utilizzo dei nuovi strumenti digitali per la condivisione delle informazioni e per l'interfaccia col paziente. L'individuazione del *Best Setting Model* è quanto SIMM si prefigge promuovendo insieme a Periplo il progetto SMART Care, in campi quali l'oncologia e la neurologia. Nel quadro della sanità della quale avremo davvero bisogno in futuro, servono e serviranno Direttori di Dipartimento che riescano a porsi proprio a cavallo tra l'ospedale e il territorio.

L'esito della ricerca e della profilazione dei Direttori di Dipartimento sarà oggetto di sperimentazione all'interno della Aziende sanitarie nelle quali Soci SIMM esercitano funzioni direttive.

In ultimo, ma non meno importante, SIMM si propone di stimolare anche una discussione sulla necessità di formare profili con alte competenze digitali, promuovendo il dibattito necessario anche in occasione del suo congresso annuale.

4.16 SITl (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica) di Enrico Di Rosa⁶²

L'emergenza da COVID-19 ha cambiato il nostro modo di vedere il mondo, un cambiamento della *Weltanschauung* sui servizi sanitari, sulla loro organizzazione e sulla loro implementazione a livello nazionale, regionale e aziendale, in ogni ambito e settore di attività: prevenzione, territorio, ospedale.

Ci sarà un prima e un dopo COVID-19. E niente potrà esser uguale a prima. Analizzare quanto fatto, mettere in evidenza criticità e punti di forza e formulare nuove idee e proposte è il compito e la responsabilità di tutti noi operatori della sanità.

C'è il rischio che, passato il momento critico, prevalga il desiderio di dimenticare, per tornare a rifugiarsi nel già noto e consolidato e riproporre vecchi schemi e modelli. Ugualmente si rischia, rincorrendo quotidianamente l'emergenza e fronteggiando l'inatteso, di perdere visione, prospettiva e progettualità.

⁶² Coordinatore Collegio Operatori SITl.

I Dipartimenti di Prevenzione si sono rivelati una rete di intervento, capillare e solida, abbondantemente collaudata e consolidata, nella gestione quotidiana, ma mai ordinaria, delle patologie infettive, e hanno saputo assumere e svolgere il loro ruolo cruciale sin dall'inizio dell'emergenza, rapidamente e adeguatamente. È emerso altresì con evidenza che abbiamo bisogno di un diverso modello di ospedale flessibile e resiliente, riorganizzato per intensità di cure e le direzioni sanitarie sono state il motore propulsore del cambiamento. Si è affermata come chiave strategica fondamentale per vincere la guerra al COVID-19 la necessità di una assistenza territoriale forte, con un nuovo ruolo e funzioni della medicina generale, della specialistica ambulatoriale convenzionata, del rapporto pubblico-privato. Nella gestione dell'emergenza, e ora nella realizzazione della campagna vaccinale, gli specialisti in Igiene e Medicina Preventiva hanno affermato e valorizzato il loro impegno e la loro professionalità.

La sfida dell'emergenza ha costituito uno straordinario impegno per tutti gli operatori del SSN e ha rappresentato una eccezionale sfida per il middle management, che ha guidato e governato questi cambiamenti con la necessità di creare organizzazioni capaci di fare sistema, di dare risposte globali e rapide, integrate in percorsi assistenziali fluidi e coerenti. Soprattutto la rilevanza e la dimensione dell'emergenza hanno richiesto una semplificazione e un accentramento degli snodi decisionali e comunicativi, con la necessità di un coinvolgimento diretto anche in aspetti operativi delle direzioni strategiche, con la conseguente esaltazione del ruolo del middle management nel trasferire e tradurre prassi e attività in indicazioni operative, spesso con tempistiche estremamente ridotte.

La Società Italiana di Igiene, da sempre impegnata nella valorizzazione di saperi, competenze e abilità igienistiche (nella progettazione, programmazione e implementazione delle attività di prevenzione, nella programmazione, organizzazione e gestione delle cure primarie, nella organizzazione, gestione delle strutture di ricovero), ha accettato con convinzione ed entusiasmo di prendere parte al percorso di confronto e discussione sulle competenze del middle management, avviato nell'ambito del FMS già nel 2019. L'esperienza vissuta in questo ultimo anno ci ha mostrato con chiarezza qual è il ruolo del management delle organizzazioni sanitarie: gestire il cambiamento in condizioni di incertezza, fronteggiando le minacce e cogliendo le opportunità. Insieme al ruolo del top management si va sempre più definendo l'importanza del middle management nel guidare e sollecitare i professionisti e nello sviluppo e approfondimento della propria specificità specialistica, sempre più indispensabile, nell'ambito di percorsi assistenziali complessi e integrati, con approcci interdisciplinari e intersettoriali. Nel middle management le indispensabili competenze professionali si devono coniugare, quindi, con altrettanto importanti saperi, abilità, competenze e attitudini

gestionali e organizzative. Sono preziosi e di grandissimo interesse i risultati del lavoro avviato da alcuni anni nell'ambito del FMS e rappresentano un fondamentale punto di partenza per riprendere la discussione su questo tema specifico, alla luce della straordinaria esperienza di questo ultimo anno e alla immediata vigilia della pianificazione del più rilevante piano di investimenti dal dopo guerra a oggi. La sfida che ci attende è la riprogettazione e il ripensamento delle nostre organizzazioni e dei nostri servizi, in modo da garantire flessibilità e resilienza, proattività e innovazione tecnologica. Per fare ciò, accanto alle competenze professionali specialistiche devono trovare spazio e sviluppo le specifiche competenze e le abilità manageriali del middle management.

4.17 Network FIASO dei Capi del personale di Rosa Magnoni e Isabella Lanzone⁶³

Il profilo del Responsabile del personale descritto nell'ambito della ricerca calibra le competenze che il profilo deve avere per rispondere adeguatamente al ruolo. Conoscenze tecniche, organizzative, manageriali che devono essere adeguatamente rappresentate nel profilo per rispondere alle mutevoli esigenze e aspettative.

Molto spesso la Direzione risorse umane nelle amministrazioni pubbliche è stata rappresentata da profili professionali con ottime competenze di tipo tecnico (conoscenza normativa e contrattuale) costantemente aggiornate, che tenevano sotto controllo i temi classici della applicazione del contratto collettivo oltre che il reclutamento e, quindi, la materia concorsuale. Poca importanza veniva data alla gestione delle persone intesa come valorizzazione, valutazione e sviluppo delle risorse umane, tenendo in considerazione la flessibilità e mutevolezza organizzativa del contesto in ambito sanitario. Per effetto di evoluzioni normative anche il settore pubblico ha iniziato ad affrontare temi che hanno richiesto lo sviluppo di competenze di tipo manageriale.

Il percorso all'interno delle Aziende non è stato tale da individuare un profilo professionale a cui tendere, ma piuttosto si è lasciata alla sensibilità dei singoli l'attenzione allo sviluppo di competenze diverse da quelle tradizionali.

Un'attenzione maggiore è stata dedicata allo sviluppo di competenze di tipo relazionale, legate alla gestione delle relazioni sindacali. Anche in questo caso, tuttavia, non sempre e non ovunque questo tipo di competenza era tipica del Responsabile RU: ogni direzione ha un suo *modus operandi* e spesso le relazioni sindacali vengono gestite dal Direttore generale o dal Direttore

⁶³ Coordinamento Network FIASO.

sanitario e il Responsabile RU supporta solo da un punto di vista tecnico (conoscenza del contratto).

Il profilo del responsabile del personale che è stato delineato consegna un profilo molto più variegato: le conoscenze tecniche valorizzano certamente la posizione del Responsabile delle RU, ma queste competenze non esauriscono il profilo, anzi potremmo dire che restano sullo sfondo, non dovendo necessariamente essere conosciute direttamente dal capo del personale.

Le competenze centrali della figura del capo del personale sono quelle di tipo manageriale, organizzativo e relazionale. Il capo del personale deve conoscere la propria organizzazione, le aspettative delle parti interessate e contemperare la ricerca e la gestione del personale a queste aspettative, sapendosi adattare al mutare degli scenari.

Deve saper riconoscere, quindi, e interpretare le attese della programmazione sanitaria aziendale e attivare le linee strategiche per il reclutamento e lo sviluppo in modo coerente con le attese. Deve però al tempo stesso saper interpretare le aspettative del personale (interagendo e interfacciandosi con i capi intermedi), in modo da valutare le aspettative del personale, porre attenzione alla motivazione per ingenerare fiducia e senso di appartenenza. In questo senso anche la attivazione di strumenti di *wellness organizzativo* aiuta le persone a sentirsi considerate da parte della propria organizzazione e a garantire una maggiore attenzione alla qualità del proprio lavoro.

Un aspetto messo in rilievo dal profilo delineato è l'attenzione alla *innovazione e cambiamento*: si legge nel profilo di ruolo «le persone sono i principali attori di un'organizzazione che, come ogni organismo, è vivo e in continuo cambiamento; per questo le politiche del personale sono chiamate ad accompagnare l'innovazione continua sotto diversi aspetti, in particolare

- dal punto di vista organizzativo (innovazione organizzativa);
- dal punto di vista delle competenze dei professionisti e strettamente collegato a sistemi di gestione per competenze e collegato alle opportunità del mercato del lavoro per ruoli emergenti nelle realtà sanitarie (social media manager, ingegnere gestionale ecc.) o alle tematiche dell'*ageing management*;
- dal punto di vista delle innovazioni tecnologiche che comportano un impatto sull'organizzazione e sulle competenze (es. *smart working*);
- in merito alle esigenze di turn-over, aspetto al quale si deve rispondere con anticipo e con tecniche di preparazione/affiancamento delle “nuove leve” per la salvaguardia del know-how aziendale;
- prendendo in considerazione la valutazione delle capacità innovative in fase di reclutamento».

Molto interessante leggere questo passaggio del profilo di ruolo dopo l'esperienza della pandemia. Nessuno avrebbe mai potuto presagire che i capi del personale del 2020 si sarebbero trovati di fronte a una emergenza tanto enorme come quella vissuta ma hanno dovuto sviluppare una capacità di adattamento e di risposta in tempi non rapidi ma immediati.

Sicuramente le competenze che si sono dovute agire sono state la propensione al cambiamento (si sono dovute inventare le modalità più rapide per reclutare nuove persone, si sono dovute attivare forme contrattuali solo sperimentate ma non agite in massa: es. *smart working*), la consapevolezza organizzativa (si sono dovute trovare le vie per attivare strategie di mobilità interna e di formazione degli operatori), ma anche l'autocontrollo e la capacità di ascolto e supporto al gruppo di lavoro, rispetto al quale l'azione di un ruolo di leadership è stata sicuramente vincente.

Interessanti anche le risposte che sono venute dalle realtà nelle quali il contesto organizzativo ha offerto ai propri dipendenti forme di supporto e sostegno di tipo pratico (es. la casa) o psicologico. Le capacità di ascolto e di comunicazione hanno permesso ai capi di ottenere risultati interessanti in termini di soddisfazione dei dipendenti anche in momenti così complicati.

Conclusioni. Il valore aggiunto e le nuove prospettive per il middle management nel Servizio Sanitario

di *Angelo Tanese**

Questo lavoro di ricerca, espressione del Forum del middle management in sanità, è destinato a segnare una svolta nell'approccio e nella consapevolezza del ruolo dei professionisti nella gestione dei processi di cambiamento all'interno delle Aziende sanitarie per i quali, per la prima volta, si dispone di una valutazione dei profili e delle competenze specifiche nell'ambito di una visione più ampia e di sistema.

Da questo punto di vista anche il confronto internazionale appare estremamente significativo e incoraggiante. L'investimento sulla formazione e sullo sviluppo delle competenze manageriali per le figure di responsabilità intermedie appare imprescindibile per migliorare l'erogazione e l'efficacia dei servizi sanitari. Questa consapevolezza è, d'altronde, alla base stessa della costituzione e adesione al Forum e alla realizzazione di questa ricerca: tutte le figure professionali analizzate appaiono sempre più indispensabili nelle Aziende per garantire la gestione dei processi di innovazione, e al tempo stesso nessuna di loro può più prescindere da una forte integrazione con le altre, in ragione della trasversalità e complessità di quegli stessi processi.

La ricerca ha evidenziato come le tre competenze indicate con maggiore frequenza dagli intervistati siano:

1. Orientamento al servizio;
2. Managerialità, in termini di capacità di generare impatto e avere influenza;
3. Comunicazione e ascolto.

* Coordinatore Forum Management Sanità e Vice Presidente FIASO.

Il primo punto ha a che fare con la generale consapevolezza della mission del servizio sanitario e delle Aziende sanitarie. Questo richiamo ai principi e ai valori di fondo del servizio pubblico costituisce un forte tensore organizzativo, che va al cuore delle nostre organizzazioni sanitarie, e risponde a una forte domanda di senso. L'esperienza vissuta collettivamente nel fronteggiare l'emergenza da COVID-19, come dichiarato dalle stesse Associazioni e Società scientifiche, è stata fortemente *mission oriented*, superando gli steccati dell'appartenenza professionale e le viscosità organizzative che limitano la capacità di lavorare insieme. Dinanzi all'emergenza tutti abbiamo dovuto e saputo andare subito al nodo dei problemi e trovare insieme le migliori soluzioni per dare alle persone una risposta adeguata nelle diverse fasi di evoluzione della pandemia, e poi nella gestione della più grande campagna vaccinale mai affrontata.

Il lavoro congiunto di medici internisti, direttori di presidio, igienisti, direttori di distretto, farmacisti, infermieri e altre professioni sanitarie, ingegneri (informatici, clinici, gestionali ed edili), architetti, provveditori, Risk Manager, direttori del personale, è stato straordinario e senza precedenti. Tutti sembrano infatti riconoscere a questa multiprofessionalità e interdisciplinarietà degli interventi un grande valore aggiunto.

Di qui anche la «riscoperta», se ce n'era bisogno, del significato originario e profondo del concetto di *management*, inteso non più nella sua accezione a volte un po' fredda e distaccata di «razionalizzatore», quasi portatore di una visione distinta e alternativa a quella dei professionisti, ma come interprete di una visione di sistema e di una capacità di sintesi.

La ricerca conferma e rafforza la nostra consapevolezza che le competenze manageriali non sono qualcosa di estraneo e aggiuntivo alle competenze tecniche e professionali di chi opera all'interno delle Aziende sanitarie, ma parte integrante di una nuova e rinnovata identità professionale.

Tutti i profili analizzati sono associati a ruoli e incarichi di responsabilità che si muovono in contesti fortemente dinamici, in cui contano non solo il sapere e il saper fare, ma il saper fare con gli altri, in una condizione di forte incertezza e maggiore complementarietà degli approcci.

La competenza sulla comunicazione e sull'ascolto è centrale, da questo punto di vista, perché ha a che fare proprio con la necessità di comprendere il punto di vista dell'altro, sia esso uno stakeholder esterno o interno, per costruire relazioni di scambio e di fiducia.

Per le Aziende sanitarie disporre di profili di competenza definiti in modo analitico e condiviso con le Società scientifiche di afferenza ha un'importanza e un valore enorme. Consente infatti di investire in processi di selezione, valutazione e formazione più efficaci, che aiutano ad acquisire e far crescere professionisti più preparati e consapevoli del proprio ruolo. La funzione di un middle manager è, infatti, proprio quella di essere da un lato auto-

revole e riconosciuto sul piano delle competenze tecniche e professionali, dall'altro quello di sapersi muovere e relazionare all'interno dell'Azienda guidando il proprio gruppo o unità operativa.

Si delinea così una figura più completa, che sa far uso di strumenti manageriali attraverso i quali incidere in modo più efficace sui processi decisionali aziendali. Lo sviluppo della *managerialità* porta in particolare a:

- essere autorevoli nel fornire/recepire disposizioni e nel far rispettare le regole;
- essere influenti sul lavoro degli altri, condividendo obiettivi sempre più complessi;
- essere in grado di delegare e valorizzare i propri collaboratori in un'ottica di crescita professionale.

Il tema della managerialità è strettamente connesso a quello della responsabilità. Collocandosi in una posizione intermedia tra il vertice strategico e le articolazioni più operative, il middle manager svolge una funzione di cerniera fondamentale nella catena delle responsabilità e nel perseguimento degli obiettivi aziendali.

Aver condiviso, attraverso questa ricerca, un impianto e una metodologia comune di analisi e definizione dei profili di competenza del middle management nelle Aziende sanitarie consente di passare da una logica identitaria frammentaria o rivendicativa a un giusto riconoscimento del ruolo centrale di alcune figure professionali specifiche, che tuttavia generano il proprio valore aggiunto proprio attraverso la capacità di lavorare e integrarsi con le altre.

I contenuti e i risultati della ricerca, pubblicati in questo volume, rappresentano quindi un contributo utile per le singole Associazioni e Società scientifiche, per il Forum del middle management, per FIASO, e per le Aziende sanitarie. Ciascuno potrà trarne spunto, infatti, rispetto alle proprie finalità, partendo da una base comune.

Come ampiamente richiamato nel testo, aver messo a fuoco le competenze manageriali consentirà di orientare meglio la progettazione formativa e, più in generale, le politiche di sviluppo e valorizzazione delle diverse figure professionali. Ma, al tempo stesso, ed è forse questa la dimensione più importante e fertile di questo lavoro, consentirà di ripensare molti dei temi dell'innovazione e delle sfide contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza come cantieri comuni, per i quali la capacità di lavorare insieme, in modo più coeso e più veloce, potrà consentirci di operare un salto nella dimensione progettuale e di implementazione di piani e programmi di attività.

FIASO lavora da sempre per affermare il ruolo imprescindibile delle Aziende e del management nel Servizio Sanitario, dalla prima fase di aziendalizzazione, agli anni difficili del risanamento economico-finanziario, sino alla

garanzia di flessibilità e reattività messa in campo a fronte dell'emergenza COVID. È ora il momento di interpretare questo ruolo anche nella capacità di risolvere e superare alcune criticità strutturali ben identificate nella Missione 6 Salute, ed è importante che lo stesso PNRR richiami l'importanza di poter contare su adeguate competenze digitali, professionali e manageriali.

Questa ricerca e l'uso che se ne farà, insieme alle altre attività e iniziative del Forum del middle management, si propongono proprio di lavorare allo sviluppo di queste competenze, al servizio dell'innovazione e di una migliore capacità di risposta ai bisogni di salute delle persone in ogni area del nostro Paese.

Bibliografia

- Amatucci F., Germani A., Vecchi V., «Il project finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economico e finanziarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2007*, Milano, Egea, 2007.
- Amatucci F., Hellowell M., Vecchi V., «Il project finance: quali lezioni dalle esperienze internazionali?», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2008*, Milano, Egea, 2008.
- Amatucci F., Lecci F., «Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2006*, Milano, Egea, 2006.
- Baretta A., Busco C., Ruggiero P., «Trust in Project Financing: An Italian Health Care Example», *Public Money & Management*, June, CIPFA, London, 2008, pp. 179-184.
- Beck T., Plowman D., «The role of middle managers in animating and guiding organizational interpretation», *Organization Science*, 2009, pp. 909-924.
- Belasen A., *The ambiguous and underappreciated role of middle manager in healthcare organizations*, Philadelphia, Academy of management meeting, Healthcare Division, 2014.
- Belasen A., «Value in the middle: cultivating middle managers in healthcare organizations», *Journal of Management Development*, 2016, pp. 1149-1162.
- Belasen A., Eisenberg B., Huppertz J., *Mastering Leadership: A Vital Resource for Healthcare Organization*, Boston, Jones & Bartlett Learning, 2015.
- Belasen A., Fortunato M., «Situational motivation: challenging the binary», in M. Paludi, *Implementing best practices in Human Resources*, Santa Barbara, Praeger, 2013, pp. 173-196.

- Belasen A., Frank N., «A peek through the lens of the competing values framework: what managers communicate and how», *The Atlantic Journal of Communication*, 2010, pp. 280-296.
- Belasen A., Rufer R., «Innovation communication for effective inter-professional collaboration: a stakeholder perspective», in N. Pfeffermann *et al.*, *Strategy and communication for Innovation*, Heidelberg, Springer, 2013, pp. 227-240.
- Biller-Andorno N., Zeltner T., «Individual and Community solidarity - The Swiss health Care System», *New England Journal of Medicine*, 2015.
- Birken S. *et al.*, «Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation», *Implementation Science*, 2012.
- Blanc-Brude F., Goldsmith H., Väililä T., «Public Private Partnerships in Europe: an update, in Economic and Financial Report 2007/03», *European Investment Bank*, Luxembourg, 2007.
- Boccia F., Nigro M., *La finanza innovativa. BOC, BOR, BOP e swap*, Milano, Il Sole 24 ore, 2000.
- Bondolfi S., «Come funziona il sistema sanitario svizzero», *Politica sanitaria*, 2018.
- Bureau of Labor Statistics, *Occupational Outlook of Labor, 17th ed: Medica and health services Managers*, Washington DC, US Departement of Labor, 2016.
- Calciolari S., Prenestini A., Lega F., «An organizational culture for all seasons? How cultural type dominance and strength influence different performance goals», *Public Management Review*, 20:9, 2018, pp. 1400-1422.
- Challenger, Gray and Christmas Inc., *CEO Report*, challengergrey.com, 2015.
- Chreim S., Williams B., Janz L., Dastmalchian A., «Change agency in a primary healthcare context: the case of distributed leadership», *Healthcare Management Review*, 2010, pp. 187-199.
- Conte A., Fiorani G., «La gestione delle risorse umane in sanità: il modello di gestione per competenze», in *Il Sistema Sanitario della Basilicata nel 2010-2011 – "Ammalarsi meno, curarsi meglio"*, Milano, McGraw-Hill, pp. 287-324.
- Corsalini E., Vendramini E., *Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia*, Milano, Egea, 2010.
- Cristofoli D., Markovic J., Meneguzzo M., «Governance, "management" and performance in public networks. How to be successful in shared governance networks», *Journal of Management and Governance*, 2014, pp. 77-93.
- Crivelli L., Filippini M., «Federalismo e sistema sanitario svizzero», in N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2003. Il governo dei si-*

- stemi sanitari, tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Bologna, Il Mulino, 2003, pp. 87-119.
- Currie G., «Reluctant but resourceful middle managers: the case of nurses in the NHS», *Journal of Nursing Management*, 2006, pp. 5-12.
- Davenport T., Harding S., *Manager Redefined: The Competitive Advantage in the Middle of Your Organization*, San Francisco, Jossey-Bass, 2010.
- Day D. *et al.*, «Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory», *The Leadership Quarterly*, 2014, pp. 63-82.
- Deloitte Consulting LLP, *Global human capital trends 2014: engaging the 21st-century*, tratto da Deloitte.com.
- DiMaggio P., Powell W., «The iron cage revisited: Institutional Isomorphism and collective rationality in organizational fields», *American Sociological Review*, 1983, pp. 147-160.
- Embertson K., «The importance of middle managers in healthcare organizations», *Journal of Healthcare Management*, 2006, pp. 223-232.
- Ernst&Young, *Progress and Prospects: Healthcare PFI a survey*, 2002.
- Finlombarda, «Le modalità di finanziamento dell'edilizia sanitaria nei principali sistemi sanitari europei», *Finlombarda spa*, 2003.
- Finn R., Currie G., Martin G., «Teamwork in context: institutional mediation in the public sector bureaucracy», *Organization Studies*, 2010, pp. 1069-1097.
- Fiorani G., Rossi G.R., «Gestione per competenze nelle reti di aziende sanitarie: il caso REHA TICINO», in M. Meneguzzo, S. Calciolari, *Management Sanitario: principi, esperienze locali ed internazionali, prospettive*, Bellinzona, Salvioni, 2012.
- Frich J.C., Brewster A.L., Cherlin E.J., Bradley E.H., «Leadership development programs for physicians: Asystematic review», *Journal of General Internal Medicine*, 2015, pp. 656-674.
- Gamble M., Sachs B., «60 statistics and thoughts on healthcare, hospital and physician practice M&A», *Beckers Hospital Review*, 2015.
- Gilmartin M., D'Aunno T., «Leadership research in healthcare: a review and roadmap», *Academy of Management Annals*, 2010, pp. 387-438.
- Greco A., Rabito G., «Il percorso del paziente in una rete sanitaria riabilitativa: l'esperienza della REHA TICINO», in M. Meneguzzo, S. Calciolari, *Management Sanitario: principi, esperienze locali ed internazionali, prospettive*, Bellinzona, Salvioni, 2012.

- Hamel G., «Let's fire all the managers», *Harvard Business Review*, 2011, pp. 48-60.
- Haneberg L., *The high impact Middle manager: powerful strategies to Thrive in the middle*, Alexandria, ASTD Press, 2010.
- Hayes D., «New effort to boost middle manager skills is under way», *Community Care*, 1-2, 2005.
- Jackson D., Humble J., «Middle managers: new purpose, new directions», *Journal of management development*, 1994, pp. 15-21.
- Kelly J., Nadler S., «Leading from below: CEO's can't change companies on their own the secret is to foster a leadership mentality throughout the ranks», *The Wall Street journal*, 2007.
- Kirkpatrick I., Kuhlmann E., Hartley K. *et al.*, «Medicine and management in European hospitals: a comparative overview», *BMC Health Serv Res*, 16, 171, 2016.
- Koine K. *et al.*, «When you've got to cut costs - now», *Harvard Business Review*, 2010.
- Lega F., *Doctors-managers: Is still worthy?*, *HSMR*, vol. 30, issue 3, pp. 139-139.
- Lega F., Prenestini A., Rosso M., «Leadership research in healthcare: A realist review. Health Services», *Health Serv. Manag. Res.*, 30(2), 2017, pp. 94-104
- Lega F., Spurgeon P., Prenestini A., «Is management essential to improving the performance and sustainability of healthcare systems and organizations? A systematic review», *Value in Health*, 16(1), 2013, pp. S46-S51.
- Livingston J., «Pygmalion in management», *Harvard Business Review*, 1969, pp. 81-89.
- Madlock P., «The link between leadership style, communicator competence, and employee satisfaction», *Journal of business communication*, 2008, pp. 61-78.
- McAlearney A.S. *et al.*, «High-performance work systems in health care management», *Health Care Management Review*, 2011, pp. 214-226.
- McKinney R. *et al.*, *Danger in the middle: why middle managers aren't ready to lead*, Boston, Harvard Business Publishing Corporate Learning, 2013.
- Meyer J.W., Rowan B., «Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony», *American Journal of Sociology*, 1977, pp. 340-363.
- Meneguzzo M., *Partenariato pubblico privato. Tre ragioni per approfondire la riflessione*, Square Università della Svizzera italiana, 2015.
- Meneguzzo M. (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, Egea, 1996.

- Meneguzzo M. (a cura di), *Manuale di finanza innovativa per le amministrazioni pubbliche*, Soveria Mannelli, Rubettino, 2003.
- Mollick E., «People and process, suits and innovators: the role of individuals in firm performance», *Strategic Management Journal*, 2012, pp. 1001-1015.
- Morris J., Upchurch B., «The practices of successful middle managers», tratto da *Business know-how*: www.businessknowhow.com, 2015.
- National Audit Office, *PFI construction performance*, 5 febbraio, 2003.
- OECD, *Health at a Glance: Europe. State of Health in the EU Cycle*, Parigi, 2018.
- Oliver C., «Strategic responses to institutional processes», *Academy of Management Review*, 1991, pp. 145-179.
- Osterman P., *The truth about middle-managers: who they are, how they work, why they matter*, Boston, Harvard Business Press, 2009.
- Pappas J.M. et al., «Tapping into Hospital Champions - Strategic Middle Managers», *Health Care Management Review*, 2004, pp. 8-16.
- Pearce C., Manz C., Sims H., «Where do we go from here: is shared leadership the key to team success?», *Organization Dynamics*, 2009, pp. 234-238.
- Pollock A.M., Shaoul J., Rowland D., Player S., «Public Services and the private sector: a response to IPPR», *Catalyst Working paper*, November, London, 2001.
- Prentini A., Sartirana M., Lega F., «Involving clinicians in management: assessing views of doctors and nurses on hybrid professionalism in clinical directorates», *BMC Health Serv Res*, 21, 350, 2021.
- Prins S., Bates L., Keyes K., Muntaner C., «Anxious? Depressed? You might be suffering from capitalism: contradictory class locations and the prevalence of depression and anxiety in the USA», *Sociology of Health & Illness*, 2015, pp. 1352-1372.
- Roletan L., «Public private partnerships: a brief overview», *Seminar on Streamlined Administration and Governance System Reform of Public Utilities*, Beijing, International institute of administrative sciences, 2015.
- Sartirana M., Prentini A., Lega F., «Medical management: hostage to its own history? The case of Italian clinical directors», *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 2014, pp. 417-429.
- Shaw K., «Getting leaders involved in communication strategy: breaking down the barriers to effective leadership communication», *Strategic Communication Management*, 2005, pp. 14-17.

- Tabrizi B., *The key to change is middle management*, tratto da hbr.org, 2014.
- Tanese A., *Il ruolo del management nel Servizio Sanitario. Una storia in tre atti*, Milano, Egea, 2018.
- Thompson J.M., Kim T.H., «A profile of hospitals with leadership development programs», *The Health Care Manager*, 2013, pp. 179-188.
- Whaley A., Gillis W., «Leadership development programs for health care middle managers: an exploration of the top management team member perspective», *Health Care Management Review*, 2016.
- Woodson B., *Behind healthcare's M&A boom* tratto da *Fortune*: <http://fortune.com/2015/08/18/healthcare-ma-aetna-anthem-cigna/>, 2015.
- Zenger J., Folkman J., *Why middle managers are so unhappy*, tratto da hbr.org: <http://hbr.org/why-middle-manager-are-so-unhappy>, 2019.
- Wootton I., «Public private partnerships: the prognosis for health», in *The Global PPP directory 2002*, London, 2002.
- www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Leadership-Framework-Clinical-Leaders.

Gestione, sviluppo e valorizzazione delle competenze del middle management del SSN

Il volume presenta i risultati della ricerca promossa da FIASO con il Forum Management in Sanità con un triplice obiettivo:

- valorizzare i talenti associati ai diversi profili di middle management presenti all'interno delle Aziende sanitarie e ospedaliere, individuando e codificando le opportunità di sviluppo professionale;
- individuare percorsi di formazione e aggiornamento, leve importanti per garantire alle Aziende un miglioramento costante;
- formulare una politica di intervento sul middle management a livello dell'intero sistema dei servizi sanitari regionali e delle singole Aziende sanitarie e ospedaliere, rispondendo alle tre domande sul dove (quali ruoli e figure professionali), quanto (ampiezza e intensità dell'investimento) e come (modalità da adottare).

La ricerca è destinata a segnare una svolta nell'approccio e nella consapevolezza del ruolo dei professionisti nella gestione dei processi di cambiamento all'interno delle Aziende sanitarie per i quali, per la prima volta, si dispone di una valutazione dei profili e delle competenze specifiche nell'ambito di una visione più ampia e di sistema.

Il Forum Management in Sanità riunisce 16 Associazioni professionali e Società scientifiche e un Network professionale rappresentativi dei profili di middle management delle Aziende sanitarie e ospedaliere italiane. La ricerca è stata condotta da FIASO, tra il 2019 e 2020, insieme a quattro centri di ricerca accademici specializzati in management sanitario: CEIS Università Tor Vergata di Roma, CRC HEAD dell'Università degli Studi di Milano, ALTEMS e CERISMAS Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.