

Formazione Manageriale in Sanità

Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN



Formazione

Manageriale in Sanità

**Competenze e fabbisogni
per lo sviluppo professionale
del management SSN**



*Nella sua versione finale, il presente volume è stato curato
da Nicola Pinelli e Gianfranco Rossini
con Antonella D'Adamo, Carlo De Pietro, Sabina Nuti, Elena Reborà*



Edizioni Iniziative Sanitarie

Viale di Val Fiorita, 86
00144 Roma
Tel. 065919418 - Fax 065912007
editoria@iniziativesanitarie.it
www.iniziativesanitarie.it

Finito di stampare nel mese di maggio 2010 dalla tipografia "Tecnostampa 2001 srl" - Roma

FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITÀ COMPETENZE E FABBISOGNI PER LO SVILUPPO PROFESSIONALE DEL MANAGEMENT SSN

Introduzione

Ragioni della ricerca

di Renato Balduzzi pag. 7

di Giovanni Monchiero pag. 10

Premessa

Presentazione della ricerca

di Nicola Pinelli e Gianfranco Rossini pag. 13

Protagonisti della ricerca e ringraziamenti pag. 16

PARTE PRIMA: OFFERTA FORMATIVA MANAGERIALE IN SANITÀ

1.	OFFERTA FORMATIVA REGIONALE PER I RUOLI DI DIREZIONE GENERALE	pag.	23
1.1	Premessa	pag.	23
1.2	Domande di ricerca	pag.	23
1.3	Metodologia	pag.	24
1.4	Quadro normativo della formazione per i ruoli di direzione generale	pag.	25
1.5	Risultati dell'analisi	pag.	28
	1.5.1 Grado di attività delle Regioni	pag.	28
	1.5.2 Diversi modelli della attività formativa nelle Regioni	pag.	29
	1.5.3 Competenze dei DG attuali e prospettive	pag.	32
	1.5.4 Processo di erogazione della formazione ai ruoli di direzione generale	pag.	35
	1.5.5 Analisi degli ultimi eventi formativi realizzati	pag.	36
	1.5.6 Valutazioni sul percorso e ulteriori necessità formative	pag.	39
1.6	Note conclusive	pag.	40
	APPENDICE. CASI REGIONALI	pag.	44
	A. Basilicata	pag.	44
	B. Emilia Romagna	pag.	48
	C. Lazio	pag.	53
	D. Liguria	pag.	58
	E. Lombardia	pag.	60
	F. Piemonte	pag.	69
	G. Sicilia	pag.	72
	H. Toscana	pag.	76
	I. Umbria	pag.	85
	J. Veneto	pag.	90
2	FORMAZIONE MANAGERIALE NELLE AZIENDE PRIVATE ACCREDITATE	pag.	93
2.1	Premessa	pag.	93
2.2	Metodologia	pag.	93
2.3	Caratteristiche comuni e divergenti delle strutture analizzate	pag.	93
2.4	Descrizione e ciclo di analisi dei fabbisogni formativi, progettazione e realizzazione degli interventi	pag.	96

APPENDICE. CASI AZIENDALI PRIVATI	pag. 97
A. Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" - Roma	pag. 97
B. Università Campus Bio-Medico - Roma	pag. 99
C. Network Salute Sicilia	pag. 102
3 ASSETTO DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE NEI CONTESTI EUROPEI	pag. 104
3.1 Premessa	pag. 104
3.2 Metodologia	pag. 104
3.3 Assetto e modalità di gestione della formazione manageriale dei Paesi analizzati	pag. 105
3.4 Confronto dei programmi formativi dedicati	pag. 107
APPENDICE. CASI INTERNAZIONALI	pag. 108
A. Francia, la "Sécurité Sociale"	pag. 108
B. Regno Unito, il National Health Service	pag. 112
C. Norvegia, il Norske Helsetjenesten	pag. 115
PARTE SECONDA: DOMANDA FORMATIVA DEL TOP E MIDDLE MANAGEMENT AZIENDALE	
4 DOMANDA DI FORMAZIONE DEL TOP MANAGEMENT	pag. 119
4.1. Premessa	pag. 119
4.2. Metodologia	pag. 119
4.2.1. L'analisi quantitativa: il questionario on line	pag. 119
4.2.2. L'analisi qualitativa: il focus group	pag. 120
4.3. Risultati dell'indagine sulla formazione rivolta ai Direttori Generali	pag. 121
4.3.1 Profilo dei rispondenti e il contesto organizzativo di riferimento	pag. 121
4.3.2 Percorso di studi e carriera	pag. 124
4.3.3 Formazione manageriale	pag. 128
4.3.4 Criticità e aree di sviluppo/miglioramento del proprio contesto organizzativo	pag. 137
4.3.5 Criticità e aree di sviluppo/miglioramento del lavoro di Direttore Generale	pag. 140
4.3.6 Aspettative nei confronti della formazione manageriale	pag. 152
4.4. Interpretazione dei Direttori Generali: focus group sulla formazione manageriale	pag. 155
4.4.1 Profilo e contesto organizzativo	pag. 156
4.4.2 Competenze distintive del ruolo di Direttore Generale e principali aspettative dai corsi	pag. 157
4.4.3 Giudizio complessivo del percorso formativo	pag. 159
4.4.4 Esperienza dei viaggi all'estero	pag. 161
4.5. Conclusioni	pag. 162
APPENDICE	pag. 164
A. Questionario proposto alle Direzioni Generali per la ricerca	pag. 164
B. Best Practices più significative degli ultimi tre anni	pag. 176
5 CONTESTO PER LO SVILUPPO PROFESSIONALE DEL MIDDLE MANAGEMENT	pag. 186
5.1. Le basi culturali per lo sviluppo delle competenze manageriali in sanità	pag. 186
5.2. Le caratteristiche specifiche dell'esperienza italiana	pag. 187
5.2.1. Logiche professionali, burocratiche e manageriali	pag. 188
5.2.2. La tradizione italiana di capo sala e medici di direzione sanitaria	pag. 189
5.2.3. L'emergere del management sanitario come disciplina	pag. 191
5.3. Attori della formazione manageriale	pag. 192

6	METODOLOGIA PER L'ANALISI DEI FABBISOGNI DEL MIDDLE MANAGEMENT: COMPETENZE PER RUOLI ORGANIZZATIVI EMERGENTI	pag. 194
6.1.	Concetto di competenza	pag. 194
6.2.	Funzioni aziendali selezionate per l'indagine	pag. 194
6.3.	Metodo dei casi di studio	pag. 200
6.4.	Aziende oggetto di analisi	pag. 203
	APPENDICE. CASI AZIENDALI SSN	pag. 206
	A. ASL CN2 di Alba e Bra	pag. 206
	B. Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda	pag. 208
	C. Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi	pag. 210
	D. ULSS di Bassano del Grappa	pag. 214
	E. Azienda USL di Bologna	pag. 216
	F. Azienda USL n. 7 di Siena	pag. 217
	G. Azienda Ospedaliera di Perugia	pag. 219
	H. Azienda USL Roma E	pag. 220
	I. IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G.Pascale di Napoli	pag. 223
	J. Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza	pag. 226
	K. Azienda Ospedaliera Civico - Di Cristina - Benfratelli di Palermo	pag. 228
7	FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE ACQUISTI	pag. 230
7.1	Principali caratteristiche della funzione	pag. 230
7.2.	Aspettative e percezioni delle direzioni aziendali	pag. 230
7.3.	Stato attuale e prospettive della funzione nelle valutazioni dei responsabili di funzione	pag. 231
7.4.	Competenze individuali utili a dirigere la funzione	pag. 232
7.5.	Biografie individuali, formazione e network professionali	pag. 236
7.6.	Conclusioni e prospettive di sviluppo	pag. 237
8	FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE OSPEDALIERO	pag. 239
8.1	Principali caratteristiche della funzione	pag. 239
8.2.	Aspettative e percezioni delle direzioni aziendali	pag. 239
8.3.	Stato attuale e prospettive della funzione nelle valutazioni dei responsabili di funzione	pag. 240
8.4.	Competenze individuali utili a dirigere la funzione	pag. 241
8.5.	Biografie individuali, formazione e network professionali	pag. 247
8.6.	Conclusioni e prospettive di sviluppo	pag. 248
9	FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	pag. 250
9.1	Principali caratteristiche della funzione	pag. 250
9.2.	Aspettative e percezioni delle direzioni aziendali	pag. 250
9.3.	Stato attuale e prospettive della funzione nelle valutazioni dei responsabili di funzione	pag. 253
9.4.	Competenze individuali utili a dirigere la funzione	pag. 253
9.5.	Biografie individuali, formazione e network professionali	pag. 256
9.6.	Conclusioni e prospettive di sviluppo	pag. 256
10	FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE DISTRETTO SANITARIO	pag. 260
10.1	Principali caratteristiche della funzione	pag. 260
10.2.	Aspettative e percezioni delle direzioni aziendali	pag. 260
10.3.	Competenze individuali utili a dirigere la funzione	pag. 261
10.4.	Biografie individuali, formazione e network professionali	pag. 264
10.5.	Conclusioni e prospettive di sviluppo	pag. 265

11	FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE GESTIONE DEL PERSONALE	pag. 267
11.1.	Principali caratteristiche della funzione	pag. 267
11.2.	Aspettative e percezioni delle direzioni aziendali	pag. 267
11.3.	Competenze individuali utili a dirigere la funzione	pag. 269
11.4.	Biografie individuali, formazione e network professionali	pag. 272
11.5.	Conclusioni e prospettive di sviluppo	pag. 273
12	FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	pag. 275
12.1.	Principali caratteristiche della funzione	pag. 275
12.2.	Aspettative e percezioni delle direzioni aziendali	pag. 275
12.3.	Stato attuale e prospettive della funzione nelle valutazioni dei responsabili di funzione	pag. 276
12.4.	Competenze individuali utili a dirigere la funzione	pag. 278
12.5.	Biografie individuali, formazione e network professionali	pag. 280
12.6.	Conclusioni e prospettive di sviluppo	pag. 281
13	FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE TECNOLOGIE DELLE INFORMAZIONI E DELLA COMUNICAZIONE	pag. 283
13.1.	Principali caratteristiche della funzione	pag. 283
13.2.	Aspettative e percezioni delle direzioni aziendali	pag. 283
13.3.	Stato attuale e prospettive della funzione nelle valutazioni dei responsabili di funzione	pag. 284
13.4.	Competenze individuali utili a dirigere la funzione	pag. 285
13.5.	Biografie individuali, formazione e network professionali	pag. 287
13.6.	Conclusioni e prospettive di sviluppo	pag. 287
14	FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE UFFICIO TECNICO	pag. 290
14.1.	Principali caratteristiche della funzione	pag. 290
14.2.	Aspettative e percezioni delle direzioni aziendali	pag. 290
14.3.	Stato attuale e prospettive della funzione nelle valutazioni dei responsabili di funzione	pag. 291
14.4.	Competenze individuali utili a dirigere la funzione	pag. 292
14.5.	Biografie individuali, formazione e network professionali	pag. 294
14.6.	Conclusioni e prospettive di sviluppo	pag. 295
15	ALTRI RISULTATI DALLO STUDIO SUL MIDDLE MANAGEMENT	pag. 297
15.1.	Il ricorso ai contratti atipici	pag. 297
15.2.	Contenuti e natura dei servizi di staff	pag. 298
	CONCLUSIONI	
	Sviluppo professionale del management <i>di Valerio Alberti e Fulvio Moirano</i>	pag. 304
	BIBLIOGRAFIA	pag. 310

INTRODUZIONE

RAGIONI DELLA RICERCA

di Renato Balduzzi

L'esperienza concreta e la discussione scientifica sull'aziendalizzazione della sanità italiana hanno consentito di precisare molti aspetti di quella che rimane una delle punte più avanzate della gestione di servizi pubblici secondo modalità rispettose dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione. L'insistenza sull'aziendalizzazione ha tuttavia corso il rischio di porre in ombra l'altro pilastro del sistema, quale emerso dalle riforme degli anni Novanta, cioè la regionalizzazione, con quella strettamente intrecciata per ragioni sia storiche (il passaggio da unità sanitarie locali intese quali organismi operativi dei comuni ad aziende dotate di autonomia, funzionalmente e organizzativamente inserite nei Servizi sanitari regionali, comporta infatti la riprogettazione del ruolo e dell'importanza di questi ultimi), sia giuridico-istituzionali: in particolare, l'evoluzione costituzionale e quella a livello di legislazione ordinaria hanno finito per assegnare alle regioni non soltanto le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, ma altresì i compiti di tutela della salute (art. 117, comma 3, Cost., nel testo introdotto con la revisione costituzionale del 2001), già specificati nella legislazione ordinaria come "determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Unità sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette Unità sanitarie locali ed Aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie" (art. 2, comma 2, d.lgs. n. 502/1992, nel testo introdotto dal d.lgs. n. 517/1993).

Se dunque l'aziendalizzazione è così strettamente dipendente dalla regionalizzazione del SSN, anche la problematica del reclutamento, del ruolo e della posizione istituzionale dei direttori generali delle aziende sanitarie – figura nella quale si concentra il nucleo forte dell'aziendalizzazione stessa – dovrà tenerne conto: ferma restando la configurazione generale dei loro poteri e delle loro responsabilità (ad essi fa capo, com'è noto, la responsabilità complessiva della gestione delle aziende stesse), sono i singoli sottosistemi sanitari regionali a doverne disegnare il volto concreto e a tracciarne i confini. Ogni Servizio sanitario regionale, nel limite dei principi fondamentali statali, modellerà allora i "propri" Direttori Generali: delineando un quadro di relazioni infraregionali tra i diversi soggetti, sanitari e non, del sistema; decidendo modalità e tempi degli obiettivi da assegnare ai direttori generali, insieme a forme e modi di controllo e vigilanza sui medesimi; infine, stabilendone i casi e i modi di risoluzione del contratto, decadenza e revoca. Proprio la qualificazione eminentemente tecnica delle aziende sanitarie, chiamate a erogare l'assistenza sanitaria sulla base degli indirizzi generali contenuti nei piani sanitari regionali e negli indirizzi applicativi impartiti dal governo regionale, rende ragione della qualificazione dei direttori generali come "una figura tecnico-professionale che ha il compito di perseguire, nell'adempimento di un'obbligazione di risultato (oggetto di un con-

tratto di lavoro autonomo), gli obiettivi gestionali e operativi definiti dal piano sanitario regionale (a sua volta elaborato in armonia con il piano sanitario nazionale), dagli indirizzi della Giunta, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale" (così la Corte costituzionale, nella sentenza n. 104 del 2007): una figura tecnico-professionale con cui viene a intrecciarsi la caratteristica fiduciaria della nomina da parte del governo regionale.

Trattandosi di alta dirigenza tecnico-professionale, inserita all'interno di un'organizzazione regionale con proprie caratteristiche peculiari, assumono particolare importanza i percorsi formativi che caratterizzano la figura dei direttori generali e delle altre loro assimilate, volti a rendere conosciuti e palesi, sia i lineamenti nazionali comuni della medesima, sia le particolarità regionali che la connotano. Attraverso la formazione manageriale del Direttore Generale e delle altre figure che lo coadiuvano strettamente, cioè del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Coordinatore delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria (o direttore "sociale"), si vengono nel contempo a meglio delineare sia i caratteri concreti di figure che la normativa nazionale e quella regionale disegnano a grandi linee, sia i connotati stessi del Servizio Sanitario Regionale. L'alta formazione manageriale viene dunque a costituire un momento di costruzione del Servizio Sanitario Regionale e altresì un elemento importante per la sua valutazione e autovalutazione. Se per valutazione intendiamo, in via generale, una procedura che stabilisce, per una prestazione o un servizio, il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti, il modello di valutazione, oltre che strumento per i decisori dei diversi livelli, funzionerà come strumento di orientamento e programmazione dell'attività, e dunque dovrà potersi tradurre in progetto formativo, in modo tale da consentire al decisore, al formatore e all'utente dei percorsi formativi di basarsi sulla medesima piattaforma conoscitiva e metodologica. Sorge a questo punto la fondamentale domanda in ordine alla formazione manageriale di tali figure: come bilanciare la spinta alla creazione di un quadro nazionale condiviso di metodologie e contenuti di tale formazione con la spinta alla delineazione di modelli formativi adeguati alla realtà dei singoli Servizi sanitari regionali?

La ricerca qui presentata offre elementi di risposta alla domanda ora posta. Per potervi rispondere era preliminare l'acquisizione di una messe significativa di dati, concernenti sia i concreti percorsi di cambiamento che le aziende sanitarie si trovano ad affrontare, sia l'autovalutazione che di tali percorsi danno i soggetti direttamente interessati, allo scopo di valutare se e come l'attività di formazione possa rappresentare un agente del cambiamento. La ricerca, per la cui parte di propria competenza Agenas si è valsa del finanziamento del Ministero della Salute – Dipartimento dell'Innovazione-Direzione generale della Ricerca scientifica e tecnologica –, mentre FIASO ha partecipato con un proprio autonomo contributo, ha cercato di rispondere alla domanda ponendosi da entrambe le parti della relazione, cioè dal punto di vista regionale e da quello dei Direttori Generali. L'interesse di Agenas e Fiaso è stato rivolto verso la definizione di una rete formativa nazionale a maglie larghe tale da garantire contenuti e metodi formativi di valenza interregionale. In un settore, come quello sanitario, nel quale la normativa nazionale conosce da tempo la categoria dell'autocoordinamento orizzontale come affiancantesi a quella, più risalente, del coordinamento verticale, un tale approccio si configura

infatti come l'unico davvero praticabile. Al fine di consentire una conoscenza non parcellizzata della problematica della formazione manageriale, la ricerca ha esteso l'indagine alla formazione dei dirigenti delle funzioni critiche delle Aziende Sanitarie, mantenendo la medesima attenzione alle peculiarità dei differenti Servizi sanitari regionali, allo scopo di offrire spunti di riflessione sui fabbisogni formativi per le competenze di management nel SSN e in particolare su quali siano le competenze manageriali utili oggi alle aziende sanitarie, i percorsi e i processi di sviluppo professionale in essere rivolti specificamente alle Direzioni Generali, gli eventuali gap di competenze manageriali tra i direttori generali e i responsabili di alcune funzioni gestionali critiche.

Alla luce di quanto ora precisato, la ricerca costituisce un punto di osservazione interessante per cogliere l'attuale stadio di evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, al cui interno si collocano le proposte di autoordinamento regionale in materia di formazione manageriale, assistite dal supporto tecnico-scientifico di Agenas e dal coinvolgimento delle Aziende e delle organizzazioni di cooperazione e raccordo delle medesime. Come l'esperienza del lavoro di supporto e di affiancamento alle regioni sottoposte ai piani di rientro sta dimostrando, la funzionalità dei Servizi sanitari regionali è strettamente dipendente dall'esistenza o meno di una circolarità virtuosa tra momento della decisione politica regionale, coerenti competenze manageriali (a livello sia regionale sia aziendale) e cultura diffusa del modello del Servizio Sanitario Nazionale. La formazione manageriale costituisce a tutta evidenza uno snodo decisivo di tale circolarità: favorire la conoscenza reciproca dei sistemi regionali e ridurre, anche sotto questo profilo, le distanze qualitative tra le regioni, è operazione utile non soltanto ai contesti più difficili, ma altresì a quelli più sviluppati, che non potranno che trarre giovamento dall'interazione con realtà più omogenee e che condividano le medesime metodologie e tecniche.

INTRODUZIONE

RAGIONI DELLA RICERCA

di Giovanni Monchiero

Il processo di aziendalizzazione della sanità ha portato alla diffusione e, anche se con differenti gradi di sviluppo, al consolidamento degli strumenti di gestione aziendale indispensabili al concreto dispiegamento del concetto stesso di aziendalizzazione. Parlando di strumenti, si pensa immediatamente al budget, o al sistema di controllo di gestione, o alla creazione di ruoli di direzione. Ma si deve annoverare accanto a questi anche la formazione e l'adeguamento delle competenze manageriali dei dirigenti, decisive nel supportare il percorso di cambiamento che le Aziende Sanitarie vivono.

Tutti i gruppi professionali presenti nelle Aziende Sanitarie, territoriali e ospedaliere, hanno intrapreso percorsi di crescita e di adeguamento professionale, non foss'altro perché questo è diventato sempre più nel tempo (dall'inizio degli anni novanta) un preciso obbligo, ripreso dalla legislazione nazionale e regionale e dai diversi CCNL e regolamentato dal sistema ECM. Nel caso dei ruoli di direzione generale, però, ci troviamo di fronte ad un gruppo professionale non solo più nuovo, come nascita e crescita, ma anche con caratteristiche proprie. Diversamente dagli altri gruppi professionali del settore sanitario, al momento dell'incarico i direttori generali non debbono possedere una formazione comune, né una comune esperienza e non condividono competenze comuni. Questa caratteristica ha reso necessari alcuni interventi, anche normativi, che introducessero elementi di orientamento e di finalizzazione delle competenze, anche successivi all'ingresso nella posizione. E che operassero per diffondere competenze ritenute essenziali all'esercizio del ruolo di direzione generale di un'Azienda Sanitaria.

Ragionare di come le competenze dei Direttori Generali - scelti in base ad un processo decisionale discrezionale dalle Giunte Regionali e soggetti responsabili di un insieme di obiettivi aziendali fissati dallo stesso livello regionale - si siano evolute nel tempo è tema parso subito di elevato interesse. I principali cambiamenti del contesto che influiscono sul ruolo dei Direttori Generali in questi termini:

- un diretto e più intenso riferimento al livello politico, e quindi alle dinamiche che guidano l'acquisizione del consenso, e alle modalità che assicurano il contemperamento dei diversi interessi convergenti sull'Amministrazione regionale;
- la presenza a livello regionale di organi politici e strutture tecniche, con equilibri che possono variare anche notevolmente nei diversi contesti e in diverse fasi temporali;
- l'esistenza di un rilevante insieme di relazioni formali e informali tra istituti (principalmente regione ed enti locali), il cui ruolo spesso non è ininfluenza negli orientamenti e nelle decisioni;
- il peso e la visibilità che le figure dei DG spesso possiedono, e l'entità delle responsabilità ad essi attribuite. Tali responsabilità possono estendersi oltre i soli risultati sanitari fino a comprendere l'influenza esercitata sulle condizioni generali di vita della popolazione (comprese quelle economiche) e che rendono particolarmente delicate le decisioni su tale materia;

- la pluralità dei piani rispetto ai quali è possibile apprezzare i risultati conseguiti dalle Aziende Sanitarie pubbliche e la difficoltà, per ciascuno di essi di definire sistemi di misurazione condivisi.

In un contesto come quello descritto, per variare i confini e le responsabilità delle attività è necessario misurarsi anche con l'evoluzione delle competenze che questi cambiamenti richiedono. Rilevare quali siano le competenze distintive dei Direttori Generali. Quali quelle agite e ritenute importanti a fronte di altre meno utilizzate. Quali i meccanismi di stratificazione di tali competenze, e se l'attività di formazione possa essere, e fino a che punto e sotto quali condizioni, agente del cambiamento e sostegno a queste competenze. Inoltre, tali punti possono essere analizzati e considerati da entrambe le parti della relazione, cioè dal punto di vista regionale e da quello dei Direttori Generali. Su tali punti infatti, sono possibili disallineamenti delle percezioni, tra cosa è importante e cosa lo è meno, e su cosa sarà importante nel prossimo futuro.

La ricerca è stata orientata specificatamente sulla rilevazione dei casi in cui le Regioni, ed eventualmente le Aziende Sanitarie, siano state in grado di utilizzare la leva formativa come uno strumento operativo per la realizzazione degli obiettivi strategici regionali e aziendali. In questi casi tali enti si sono dati obiettivi e hanno individuato le leve, almeno alcune, per realizzarli. Con ciò gli enti decisori hanno mostrato elevato grado di consapevolezza e di capacità programmatiche (in altri termini, un loro *empowerment*). Un ulteriore punto di interesse verte infine sulla possibilità e sulla opportunità di forme di coordinamento delle attività formative erogate a livello regionale.

La ricerca analizza poi i *gap* di competenze manageriali tra i dirigenti delle funzioni critiche delle Aziende del SSN, e cerca di analizzare quali siano gli attuali percorsi e processi di sviluppo professionale in essere, in modo da rilevare l'efficacia degli strumenti attualmente utilizzati, ed eventualmente ipotizzare possibili politiche alternative di sviluppo delle conoscenze e delle capacità delle risorse umane, con un'attenzione agli elementi che vengono evidenziati come importanti per rispondere alle evoluzioni future e oggi non disponibili. L'efficacia degli strumenti e dei processi di sviluppo professionale viene sempre valutata in relazione agli obiettivi di fondo che i Sistemi Sanitari Regionali e le organizzazioni che li compongono perseguono: obiettivo fondamentale, quindi, dell'azione di sviluppo è l'adeguamento delle risorse umane ad un preciso programma, in linea con gli orientamenti strategici di sistema. Per questo motivo l'analisi si sofferma sia sugli aspetti di domanda (da parte dei ruoli di direzione generale) che su quelli di offerta (il punto di vista delle Regioni). Le Aziende del SSN hanno negli ultimi anni rivisto in profondità l'organizzazione delle attività direzionali, amministrative e di supporto. Tale evoluzione si è accompagnata a:

- l'aggiornamento di alcuni ruoli tradizionali, quali quelli degli uffici amministrativi responsabili degli acquisti o della gestione del personale, ma anche delle direzioni sanitarie di presidio;
- l'emergere di ruoli organizzativi nuovi, sia in posizioni di staff quali il controllo di gestione sia nell'organizzazione delle attività clinico-assistenziali come nel caso del direttore di dipartimento sanitario, specialmente in ambito ospedaliero;
- lo sviluppo di competenze manageriali anche per ruoli che rimangono prevalentemente clinici, come nel caso dei medici direttori di unità operativa sanitaria.

In generale, tutti i ruoli citati hanno visto crescere l'importanza di adeguate competenze di gestione, che in molti casi vanno ad affiancarsi alle competenze clinico-assistenziali (per i

dirigenti del ruolo sanitario), giuridico-amministrative (per i dirigenti dei ruoli professionale e amministrativo) o tecniche (per i dirigenti del ruolo tecnico). Oltre a tali competenze gestionali trasversali, la cosiddetta “aziendalizzazione” è stata accompagnata dallo sviluppo di competenze specifiche nelle tecniche di management (per esempio di contabilità analitica), centrali per le funzioni di staff, ma anche per alcune funzioni di *line* amministrativa o tecnica.

Obiettivo del progetto di ricerca è stato quello di verificare condizioni, contenuti e prospettive di un’evoluzione che si sviluppa da quindici anni. In particolare si è trattato di:

- valutare lo stato di sviluppo attuale e le prospettive future di alcune funzioni gestionali;
- individuare le competenze necessarie ad accompagnare il responsabile nelle future fasi evolutive di ciascuna funzione;
- offrire spunti di riflessione sui fabbisogni formativi per le competenze di management nel SSN.

Per meglio focalizzare l’oggetto d’indagine e procedere con una rilevazione su diverse Aziende, la rilevazione si è concentrata sulle figure di:

- responsabile degli acquisti;
- responsabile del personale o gestione risorse umane;
- responsabile delle tecnologie delle informazioni e delle comunicazioni;
- responsabile programmazione e controllo;
- responsabile dell’ufficio tecnico;
- responsabile di direzione medica di presidio (per le AO o gli IRCCS e per le ASL con presidi direttamente gestiti);
- responsabile di distretto sanitario o socio-sanitario (per le ASL);
- responsabile di dipartimento sanitario di tipo gestionale.

A partire dagli obiettivi dichiarati è stato sviluppato un percorso che ha formalizzato obiettivi di ricerca condivisi, così resi espliciti:

- indagare quali siano le competenze manageriali utili oggi alle Aziende del SSN, sia a livello della direzione generale che dei dirigenti delle funzioni “critiche” in rapporto alle strategie in essere.
- ricostruire i percorsi e i processi di sviluppo professionale in essere;
- indagare i *gap* di competenze manageriali tra i Direttori Generali e i Responsabili di alcune funzioni gestionali critiche del SSN;
- approfondire le modalità di qualificazione del *top* e *middle management* delle Aziende stesse, con attenzione alla dimensione regionale e a quella sovra regionale;
- acquisire il punto di vista degli interessati in relazione alle attività di sviluppo delle proprie competenze, effettuate o ritenute necessarie, al ruolo dell’esperienza professionale pregressa, alle aspettative sul proprio ruolo, alle evoluzioni attese.

Nelle pagine che seguono vengono presentati i risultati di questo intenso lavoro durato circa due anni. La ricerca ha coinvolto un campione significativo di attori protagonisti del mondo della sanità, comunemente tesi verso il medesimo risultato: il miglioramento continuo del sistema attraverso lo sviluppo delle proprie competenze professionali e manageriali.

PREMESSA

PRESENTAZIONE DELLA RICERCA

di Nicola Pinelli e Gianfranco Rossini

Obiettivo della presente ricerca è di analizzare stato e prospettive future delle competenze manageriali nel SSN tra i direttori generali (*top management*) e tra i dirigenti (*middle management*) delle Aziende Sanitarie. Sono stati approfonditi percorsi e processi di sviluppo professionale attualmente in essere, al fine di ipotizzare politiche alternative di sviluppo delle conoscenze e delle capacità delle risorse umane nell'ambito delle realtà aziendali del mondo sanitario.

Per realizzare gli obiettivi della ricerca sono state individuate complessivamente cinque aree di lavoro suddivise in due parti principali. Nella prima viene descritta l'offerta formativa proposta nel contesto regionale, privato ed internazionale; nella seconda viene rappresentata la domanda di formazione attraverso la rilevazione di fabbisogni e competenze avanzate dal *top* e *middle management* aziendale.

La prima parte della ricerca è stata finalizzata a delineare la mappa dell'offerta formativa realizzata dalle Regioni italiane per i propri ruoli di direzione generale di Azienda Sanitaria, ponendola anche a confronto con alcune esperienze del privato accreditato e a quelle europee di particolare interesse.

L'articolazione considera quindi:

1. offerta formativa regionale per i ruoli di direzione generale;
2. formazione manageriale in alcune aziende private accreditate;
3. formazione manageriale nei contesti europei.

In stretta correlazione con la prima, la seconda parte della ricerca ha affrontato l'analisi della domanda formativa da parte dei Direttori Generali in carica nel SSN, come portatori di una esperienza specifica, di ruolo e responsabilità, ed anche come fruitori del percorso formativo intrapreso. Con l'obiettivo di ricercare punti di importante convergenza, è stata poi indagata la domanda di formazione di alcune funzioni dirigenziali critiche delle aziende del SSN, attraverso l'analisi dei ruoli ricoperti e delle competenze richieste ed effettivamente possedute.

L'articolazione di questa parte della ricerca contempla quindi:

4. analisi della domanda di formazione dei Direttori Generali;
5. analisi delle esigenze formative e delle competenze delle funzioni manageriali critiche.

L'approccio interpretativo adottato si basa sul "modello delle competenze". Per "competenze" si intendono l'insieme degli *skills* tecnici, delle *soft skills* e delle capacità attuarie necessarie per gestire le aziende nel loro complesso, nonché nelle funzioni aziendali critiche. È stato pertanto utile indagare quali fossero le competenze manageriali attualmente necessarie alle Aziende del SSN; tradurle in competenze da ricercare nelle perso-

ne titolari dei ruoli, sia di direzione aziendale che di tali funzioni; analizzare quelle disponibili per individuare i principali *gap* esistenti; comprendere quali potessero essere i processi di sviluppo professionale prevalenti.

Sotto questo profilo, le conoscenze da sole non bastano per svolgere in modo competente la propria professione nel contesto altamente complesso e multidisciplinare costituito dalle attuali organizzazioni sanitarie. Lo sviluppo professionale delle persone investite di ruoli manageriali non può esaurirsi infatti con la formazione universitaria di base e con i percorsi formativi. Lo sviluppo professionale deve comprendere le seguenti dimensioni rilevanti: formazione di base; esperienze professionali “*on the job*”; cambiamenti di ruolo o missione professionale all’interno dell’organizzazione; meccanismi di selezione e valutazione durante la carriera; *stage* e *study tours* presso altre aziende; partecipazione a progetti di ricerca, innovazione, valutazione, *benchmarking*; *coaching* individuale e *tutorship* di progetti; risultati raggiunti in relazione alle responsabilità assunte nell’organizzazione aziendale.

Proporre una determinata visione per lo sviluppo professionale significa proporre un modello complessivo per i percorsi di crescita dei dirigenti nel corso della loro carriera. La formazione è una parte dell’intero sistema della crescita professionale, che può essere progettata solo congiuntamente con gli altri elementi che lo costituiscono.

Per tutte le aree di lavoro è stata quindi sviluppata una metodologia articolata attraverso approcci e strumenti di tipo qualitativo e quantitativo: ciascuna in grado di cogliere e restituire un panorama il più possibile esaustivo e completo sul tema oggetto di approfondimento, congiuntamente agli elementi portanti che compongono i fabbisogni e le competenze necessarie per il *top* e *middle management*.

Innanzitutto, la ricerca è basata sul metodo dei casi-studio. Tale metodo risulta particolarmente efficace per ricerche che mirano all’analisi di processi dinamici ed evolutivi, attraverso la ricostruzione di esperienze capaci di descrivere le modalità di sviluppo dei fenomeni, più che i soli risultati finali del processo. Questa modalità consente inoltre un’analisi più approfondita e modulabile delle esperienze vissute all’interno delle singole realtà indagate, per comprendere il “*perché*” e il “*come*” sono state sviluppate le competenze dei ruoli e delle funzioni analizzate.

In questo senso, i 14 casi-studio delle Regioni hanno permesso un elevato grado di copertura del territorio nazionale e il coinvolgimento delle realtà più attive nel campo della formazione per la direzione strategica delle Aziende Sanitarie. Allo stesso modo, il coinvolgimento delle 11 Aziende Sanitarie per i tre ruoli e le otto funzioni critiche della ricerca, è stato impostato rispetto all’universo di riferimento del SSN sulla base di omogeneità di composizione e di rappresentatività territoriale. Le funzioni sono state scelte per la particolare rilevanza da loro ricoperta nella gestione delle Aziende Sanitarie pubbliche italiane, pur in assenza di compiuti studi sui loro fabbisogni e competenze.

Criteri orientati ad individuare realtà con esigenze simili alle Aziende Sanitarie sono stati poi adottati per selezionare i casi-studio sulla formazione manageriale strategica sanitaria offerta in alcune aziende sanitarie private accreditate italiane - due Policlinici Universitari ed un Network di aziende. Per l’analisi di alcune realtà europee, sono stati individuati casi-studio con caratteristiche convergenti con il nostro sistema sanitario - Francia, Norvegia e Regno Unito - rispetto alle riforme istituzionali che ne hanno contraddistinto i recenti assetti, e alla qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari forniti.

Per tutti i casi-studio presi in considerazione, i team di ricerca hanno dapprima condotto una raccolta e un'analisi dei documenti ufficiali prodotti. Dalle leggi regionali e le delibere sugli argomenti di interesse esistenti, ai dati relativi agli organici aziendali complessivi e quelli delle funzioni indagate; dai piani formativi adottati ai dati relativi ai contratti atipici attivi per i ruoli gestionali o di staff agli organigrammi; dagli atti aziendali ai regolamenti di organizzazione, etc.

Tale analisi ha permesso di restituire il quadro sulle attività svolte e gli elementi utili per strutturare interviste nelle diverse aree di lavoro considerate, rivolte ai diversi attori e titolari delle funzioni coinvolti nel processo formativo. Attraverso griglie di domande semi-strutturate sono stati intervistati il responsabile della Formazione della Regione e il Direttore dell'Agenzia formativa regionale, il Direttore Generale e il responsabile di ciascuna funzione indagata delle Aziende Sanitarie, il responsabile della Formazione delle Aziende Private e dei Paesi europei. Per ogni campo di indagine, sono state quindi raccolte ed elaborate le opinioni, in modo da poter considerare tutte le visioni sulla formazione manageriale. In particolare, per quella regionale, il responsabile della Regione e il Direttore dell'Agenzia formativa. Per la formazione aziendale, il Direttore Generale da una parte e il titolare della funzione dall'altra.

Le opinioni dei Direttori Generali sulla formazione sono state invece raccolte attraverso un questionario *on-line* proposto all'intero universo delle Aziende Sanitarie, con un significativo riscontro in termini di risposta (circa il 30%).

I risultati della ricerca sul *top* e *middle* management aziendale sono stati infine approfonditi e convalidati attraverso l'organizzazione di due distinti *focus group* con i Direttori Generali. Questi incontri hanno contribuito ad arricchire l'analisi di ulteriori elementi interpretativi e di interesse per la ricerca.

La ricerca è stata condotta nell'arco di un anno grazie al contributo di un network di Centri di ricerca, Università ed Agenzie formative particolarmente qualificati, oltre che della collaborazione di valenti esperti in materia. Complessivamente, la ricerca ha cercato di comprendere il punto di vista del *top management* e del *middle management* delle organizzazioni sanitarie rispetto alla qualità e all'efficacia dell'offerta formativa erogata in ambito manageriale. Ed anche di enucleare quali competenze fossero ritenute necessarie per chi esercita il ruolo di Direttore Generale e per chi invece è responsabile di funzioni chiave all'interno delle Aziende del SSN.

Dalle risposte emerse dalla ricerca è possibile affermare che esiste un paradigma comune per entrambe le tipologie di interlocutori considerate. Tale evidenza indica il valore del momento formativo quale occasione fondamentale di confronto di strategie, orientamenti ed esperienze; come anche la necessità di acquisire strumenti manageriali innovativi e condivisi al massimo livello, seppur nei diversi contesti di riferimento.

PROTAGONISTI DELLA RICERCA E RINGRAZIAMENTI

AGENAS

Renato Balduzzi
Fulvio Moirano
Gianfranco Rossini (*Coordinatore scientifico*)

FIASO

Valerio Alberti (*Responsabile*)
Giovanni Monchiero
Francesco Ripa di Meana
Nicola Pinelli (*Coordinatore scientifico*)
Lorenzo Terranova

Il progetto di ricerca Agenas sulla formazione del *top management* in sanità è stato realizzato, nell'ambito del Programma di ricerca corrente 2007, con il finanziamento del Ministero della Salute - Dipartimento dell'Innovazione - Direzione Generale della Ricerca scientifica e Tecnologica.

Il progetto di ricerca FIASO sulla formazione del *middle management* è stato interamente sostenuto con risorse proprie.

La ricerca è stata realizzata grazie al contributo congiunto dei Centri di Ricerca e di consulenti esperti in materia, di seguito elencati:

CEIS Sanità, Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata"

- Francesco Saverio Mennini (*Responsabile scientifico*)
- Antonella D'Adamo
- Antonio Bisignano
- Anna Conte
- Andrea Marcellusi

CERGAS - Università Luigi Bocconi Milano

- Francesco Longo (*Responsabile scientifico*)
- Carlo De Pietro
- Cristina Filannino
- Federica Rolli

CUSAS, Università degli studi di Firenze

- Mario Del Vecchio (*Responsabile scientifico*)
- Chiara Morelli
- Silvia Pagliantini
- Fabrizio Rossi

Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

- Sabina Nuti (*Responsabile scientifico*)
- Manuela Furlan
- Stefania Pizzini
- Maria Giulia Sinigaglia
- Francesca Sanna

Consulenti esperti

- Domenico Cerasuolo
- Corrado Cuccurullo
- Elena Rebora

Nelle varie fasi della ricerca, un ulteriore e significativo contributo è stato fornito da **Federsanità ANCI**, con la collaborazione offerta dalla dr.ssa Ilde Coiro e dalla dr.ssa Rosanna di Natale.

Hanno consentito di raggiungere i risultati della ricerca anche i seguenti centri di ricerca e agenzie formative:

CEFPAS (Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del Servizio Sanitario)

- Rosa Giuseppa Frazzica
- Maria Luisa Zoda
- Antonella Iacono

CRIF (Centro Regionale Interuniversitario per la Formazione in ambito sociosanitario)

- Franco Toniolo

Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia, sede di Roma

- Americo Cicchetti
- Ilaria Piconi

Viene rivolto un sentito ringraziamento ai Direttori Generali che hanno partecipato ai due **Focus Group** sulla ricerca dedicati rispettivamente all'analisi dei dati e elaborazioni sul *top* e *middle management* aziendale. Attraverso il loro contributo è stato possibile confermare i risultati della ricerca e far emergere nuovi elementi interpretativi.

Valerio Alberti (*ULSS 3 di Bassano*), Gabriele Bellini (*ASL di Rieti*), Cesare Ercole (*AO Treviglio-Caravaggio*), Massimo Fabi (*AUSL di Parma*), Luigi Gianola (*ASL della Provincia di Sondrio*), Pietro Grasso (*Asl RM E*), Walter G. Locatelli (*ASL di Milano*), Massimo Scura (*ASL 7 di Siena*), Franco Toniolo (*Ospedale Civile di Venezia*).

REGIONI

Basilicata

Giuseppe Montagano - Ufficio Formazione, aggiornamento e politiche del personale del Servizio Sanitario Regionale, Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione

Calabria

Roberto Cosentino - Dirigente Servizio I2:SIS ed Epidemiologia - Ricerca - Sviluppo - Comunicazione - Veglia strategica - Governo Clinico - Technology Assessment - Formazione

Campania

Ciro Fumo - Dirigente del Servizio Formazione del Personale Sanitario, Settore Aggiornamento e Formazione del Personale, Assessorato alla Sanità, Regione Campania

Emilia Romagna

Diletta Priami

Vanessa Vivoli

Responsabili organizzative e didattiche corso per Direttori Generali
Agenzia Sanitaria e Sociale regionale Emilia-Romagna

Lazio

Maria Chiara Coletti - Dirigente Area Risorse Umane del Servizio Sanitario Regionale e Formazione, Regione Lazio

Antonio Sellaroli - Funzionario Assessorato Sanità

Liguria

Francesco Quaglia - Dipartimento Salute e Servizi Sociali - Dirigente del Settore Personale del Servizio Sanitario Regionale Regionale, Regione Liguria

Marco Rotondi - Istituto Europeo Neurosistemica

Lombardia

Stefano Del Missier - Direttore Generale Istituto Regionale lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica (I.Re.F.)

Debora Rafele - Coordinatrice Scuola di Direzione in Sanità (I.Re.F - S.D.S.)

Marche

Maria Paola Bacchielli - Responsabile della formazione, Agenzia Regionale Sanitaria

Luigi Leonarduzzi - Responsabile personale sanitario, Servizio Salute, Regione Marche

Sandro Oddi - Responsabile della formazione del personale sanitario, Servizio Salute, Regione Marche

Piemonte

Michele Presutti

Rosa Franca Castagno

Area Programmazione, Coordinamento e Verifica delle attività formative dei profili sanitari, Assessorato Tutela della Salute e Sanità, Regione Piemonte

Puglia

Felice Ungaro - Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria, Regione Puglia

Sicilia

Gabriella Dardanoni - Regione Sicilia

Salvatore E. Giambelluca - CEFPAS

Toscana

Alberto Zanobini - Responsabile del settore Risorse Umane, Comunicazione e Promozione della Salute della Regione Toscana

Sabina Nuti - Direttore del Laboratorio Management e Sanità - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Umbria

Alesiana Coltorti - Responsabile Sezione Sviluppo del sistema formativo interdisciplinare in sanità, Direzione regionale Sanità e Servizi sociali
Veruska Subicini - responsabile della Sezione Scuola Regionale di Sanità della Scuola di Amministrazione Pubblica Villa Umbra

Veneto

Franco Toniolo - Direttore Centro Regionale Interuniversitario per la Formazione in ambito sociosanitario, Regione Veneto

AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE SSN

ASL CN2 di Alba e Bra

Giovanni Monchiero - *Direttore Generale*
 Ferruccio Bianco - *Responsabile dei Servizi Tecnici*
 Piero Bo - *Responsabile del Provveditorato*
 Franco Cane - *Responsabile Amministrazione del Personale*
 Maria Cristina Frigeri - *Responsabile della Direzione Sanitaria di Presidio*
 Ferruccio Gaudino - *Responsabile delle Tecnologie Biomediche*
 Elio Laudani - *Direttore Distretto*
 Cristina Peirano - *Responsabile Controllo di Gestione*
 Fabrizio Viglino - *Responsabile Sistemi Informativi*
 Giusto Viglino - *Responsabile Ufficio Tecnico*

Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda

Mara Azzi - *Direttore Generale*
 Alida Capuccini - *Responsabile ICT*
 Lucio Dalfini - *Direttore Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
 Flavia Foschini - *Responsabile Controllo di Gestione*
 Matteo Marcotti - *Responsabile Ufficio Tecnico*
 Manuela Pedroni - *Responsabile Gestione Risorse Umane*
 Walter Piubello - *Direttore Direzione Dipartimento Clinico Gestionale Ospedaliero*
 Giuseppe Solazzi - *Responsabile Acquisti*

Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi

Giuseppe Rossi - *Direttore Generale*
 Agostino Cardana - *Direttore Amministrativo*
 Giuseppina Agazzi - *Acquisti*
 Angela Bocconi - *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
 Flavio Cassinari - *ICT*
 Albino Cattani - *Risorse Umane*
 Mario Orlando - *Dipartimento Clinico Gestionale Ospedaliero*
 Amedeo Schiavi - *Controllo di Gestione*

ULSS n. 3 di Bassano del Grappa

Valerio Alberti - *Direttore Generale*
 Giampietro Beltramello - *Direttore S.C. Medicina*
 Francesca Busa - *Direttore Distretto*
 Matilde Carlucci - *Direttore Medico di Presidio*

Giuseppe Centenaro - *Direttore del Servizio Sistema Informativo*
 Siro Fornasiero - *Responsabile del Servizio Tecnico*
 Michela Piccinini - *Responsabile S.C. Controllo di Gestione*
 Chiara Prevedello - *Responsabile del Servizio per il Personale*
 Elisabetta Zambonin - *Responsabile Servizio per gli Approvvigionamenti*

Azienda USL di Bologna

Francesco Ripa di Meana - *Direttore Generale*
 Luca Baldino - *Direttore Amministrativo*
 Luca Barbieri - *Distretto*
 Rossana Campa - *Acquisti*
 Giorgio Casati - *Programmazione e controllo*
 Francesca Isola - *Gestione del Personale*
 Elio Jovine - *Dipartimento Ospedaliero*
 Gianna Poppi - *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
 Francesco Rainaldi - *Ufficio Tecnico*

Azienda USL n. 7 di Siena

Massimo Scura - *Direttore Generale*
 Emiliano Betti - *Responsabile di Zona-Distretto*
 Patrizia Calvelli - *Responsabile di Distretto*
 Lucia Capperucci - *Responsabile Programmazione e Controllo*
 Paolo Franchi - *Quality Manager*
 Elisabetta Lucaroni - *Responsabile Risorse Umane*
 Giuliano Stecchi - *Responsabile Area Tecnica*
 Donatella Viviani - *Responsabile ICT Area Sistemi Informativi e Innovazione*

Azienda Ospedaliera di Perugia

Walter Orlandi - *Direttore Generale*
 Maurizio Valorosi - *Direttore Amministrativo*
 Maria Cristina Conte - *Direttore Personale*
 Marco Ercolanelli - *Direttore Tecnico-Patrimoniale*
 Pier Giorgio Fabietti - *Direttore Bioingegneria e Ingegneria Clinica*
 Manuela Pioppo - *Responsabile Controllo di Gestione e Sistema Informativo*

Azienda USL Roma E

Pietro Grasso - *Direttore Generale*
 Mauro Goletti - *Direttore Sanitario*
 Angelo Tanese - *Direttore Amministrativo*
 Claudio Cascarino - *Responsabile Area Tecnica*
 Maria Rosaria Romagnuolo - *Direttore di Distretto*
 Pietro Scanzano - *Direttore Medico di Presidio*

IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale di Napoli

Paris La Rocca - *Direttore Amministrativo*
Ezio Olivieri - *Direttore Sanitario*
Fausto Piccolo - *Direttore del Personale*
Sergio Russo - *Responsabile della Struttura Bilancio*
Giuseppe D'aiuto - *Direttore Dipartimento*

Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza

Giovanni De Costanzo - *Direttore Generale*
Angela Pia Bellettieri - *Direzione Medica di Presidio*
Franca De Cristofaro - *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
Franco Labroca - *ICT*
Cristiana Mecca - *Gestione del Personale*
Rocco Giovanni Panarace - *Programmazione e Controllo*
Franco Sisto - *Dipartimento Clinico Gestionale Ospedaliero*
Giuseppe Spera - *Ufficio Tecnico*
Patrizia Vinci - *Acquisti*

Azienda Ospedaliera Civico - Di Cristina - Benfratelli di Palermo

Francesco Licata di Baucina - *Direttore Generale*
Giovanna Volo - *Direttore Sanitario*
Salvatore Amato - *Direttore Dipartimento medico*
Vincenzo Cardinale - *Responsabile ICT*
Salvatore Caronia - *Responsabile UO Tecnica*
Domenico Colimberti - *Responsabile Programmazione e Controllo*
Maria Luisa Curti - *Responsabile Risorse Umane*
Rosa Mancuso - *Direttore Sanitario Presidio*
Nora Virga - *Responsabile Acquisti*

AZIENDE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE

Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" - Roma

Domenico Tavani - *Dirigente Ufficio Formazione e Sviluppo*

Università Campus Bio-Medico - Roma

Felice Barela - *Dirigente Università Campus Bio-medico di Roma*
Fabio Davide Capasso - *Responsabile Scuola di Formazione Continua*

Network Salute Sicilia

Vittoria Denti - *Responsabile Casa di Cura Carmide*

ESPERIENZE PAESI EUROPEI

Francia, la "Sécurité Sociale"

Martine Bellanger - *Economiste, Ecole des Hautes Études Santé Publique*

Regno Unito, il National Health Service

Sabha Sheikh - *Business Manager, NHS Institute for Implementation and Improvement*

Norvegia, il Norske Helsetjenesten

Elisabeth Fransson - *Universitetet I Oslo*

*Le interviste sono state realizzate nel periodo
marzo-settembre 2009*

PARTE PRIMA

Offerta formativa manageriale in sanità

1. OFFERTA FORMATIVA REGIONALE PER I RUOLI DI DIREZIONE GENERALE

1.1 PREMESSA

Questa parte della ricerca è stata finalizzata a rilevare gli obiettivi, le modalità e le valutazioni che le Regioni danno della attività formativa specificamente rivolta ai ruoli di direzione strategica delle Aziende Sanitarie, quindi Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori Amministrativi. Tale attività infatti, risponde ad obblighi normativi ma anche alle necessità che ciascuna Regione individua come rilevanti nella gestione delle proprie aziende sanitarie e quindi alle competenze che vengono ricercate o sviluppate nelle persone nominate in tali ruoli.

Le disposizioni normative riguardanti la formazione manageriale della dirigenza del Servizio sanitario nazionale sono state variamente applicate nelle diverse Regioni, ancorché in osservanza di principi generali. La variabilità sembra riguardare sia le modalità organizzative che i contenuti.

La ricerca si propone di delineare lo scenario nazionale attraverso le attività formative per i ruoli di Direzione Generale realizzate dalle diverse Regioni e tentare di tracciare un panorama comune delle attività finora svolte, dei loro risultati e delle prospettive per il futuro.

La ricerca ha approfondito l'offerta di formazione, rilevandone assetti, modalità, obiettivi ed attività specifiche. Ci è parso poi molto importante includere anche un'analisi della domanda, e quindi indagare anche presso i Direttori Generali e Sanitari e Amministrativi (e, quando presenti, i Coordinatori Sociali) per rilevare gli obiettivi specifici individuali, il rapporto tra esperienza e ruolo ricoperto e il grado di rispondenza dell'attività formativa eseguita alle necessità attuali e prospettiche del ruolo ricoperto e alle esigenze specifiche.

Questi elementi informativi sono molto interessanti in un ambito, come quello manageriale, in cui i processi di scelta e di selezione dei managers della sanità rispondono sia a criteri di competenza tecnico-manageriale che a criteri afferenti l'ambito politico. I processi di individuazione e di selezione dei responsabili della sanità sono quindi un terreno interessante per rilevare da un lato il grado di autonomia e di attività che ciascuna Regione ha sperimentato nel tempo, dall'altro per verificare come si sono sviluppati gli strumenti per integrare concretamente meccanismi di scelta afferenti ambiti diversi.

1.2 DOMANDE DI RICERCA

Nei capitoli che seguono si affronta l'analisi dell'offerta formativa realizzata dalle Regioni italiane. In particolare ci si è posti le seguenti domande di ricerca:

- Quali modelli e politiche formative esistono nelle diverse Regioni italiane relativamente alla formazione della figura professionale dei DG?

- Quali modelli sembrano maggiormente rispondere alle esigenze e aspettative delle Regioni che li hanno proposti?
- Quali sviluppi si attendono in questo campo, dal lato dell'offerta formativa, in termini di nuove competenze eventualmente necessarie?

Ulteriori domande potranno essere indirizzate a partire dal materiale informativo raccolto con le finalità sopra ricordate, confrontando anche i risultati delle altre parti della ricerca e saranno affrontate nel capitolo finale. In particolare:

- Qual è la percezione dei DG della rispondenza dell'attività formativa seguita rispetto alle sfide gestionali del ruolo?
- Qual è il peso della propria esperienza professionale nella formazione delle competenze richieste dal ruolo?
- Quali politiche formative sono state attivate nel settore sanitario privato e quali sono i punti di convergenza / divergenza con settore sanitario pubblico?
- Quali linee di sviluppo possono essere progettate e realizzate, tenendo conto della esperienza in atto presso altri paesi europei?
- Quali possibili modalità di coordinamento sovregionale delle reti formative al livello nazionale possono essere sviluppate, e, sempre nell'ottica della formazione del top management, quale possibilità di una certificazione dei programmi formativi?

1.3 METODOLOGIA

Il lavoro di ricerca sul campo è stato preceduto dalle attività brevemente riportate nel seguito.

L'individuazione di un campione di Regioni, la cui composizione ha risposto ai seguenti criteri: copertura dell'intero territorio nazionale; compresenza di Regioni "virtuose" rispetto alla tenuta dei bilanci sanitari e meno virtuose; attività nota in ambito di formazione sanitaria specificamente rivolta ai ruoli di interesse. Il campione che si è creato è stato infine formato dalle 14 Regioni (colorate nella mappa per evidenziare l'elevato grado di copertura del territorio nazionale) evidenziate nel grafico 1.1.

- **La progettazione degli strumenti di ricerca:** è stato concordato un percorso che partisse da un'analisi documentale delle leggi regionali e delle delibere negli argomenti di interesse, per un periodo dal 2001 (orientativamente), o comunque da quando le singole Regioni hanno iniziato ad occuparsi del tema formazione ai DG e prevedesse incontri sia con le Regioni che con gli "erogatori" della formazione, considerando che entrambi i punti di vista fossero di interesse per la ricerca. Sono stati identificati i punti informativi di interesse da approfondire e predisposta una scheda intervista, per la realizzazione di un'intervista semiguidata, per il ruolo regionale e per quello

Casi regionali analizzati

GRAFICO 1.1

1. Basilicata
2. Calabria
3. Campania
4. Emilia Romagna
5. Lazio
6. Liguria
7. Lombardia
8. Marche
9. Piemonte
10. Puglia
11. Sicilia
12. Toscana
13. Umbria
14. Veneto



Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

dell'erogatore. Sono quindi state effettuate circa 2 interviste per Regione, per un totale di circa 25 (in una Regione non è stato possibile effettuare interviste agli erogatori). Gli strumenti sono stati testati in una prima Regione, successivamente integrati, poi diffusi al resto del gruppo di ricerca.

- La **condivisione del metodo**: vista la partecipazione di numerosi ricercatori, si è proceduto ad una condivisione dei metodi, in modo da allineare il più possibile le modalità di indagine e ottenere, pur nella grande diversità di casi analizzati, una impostazione metodologica omogenea.

Le interviste sono state richieste da ciascun ricercatore nelle Regioni di sua competenza e sono state realizzate nel periodo aprile-giugno 2009. Gli uffici interessati dalla ricerca sono riportati nel testo relativo al caso.

1.4 QUADRO NORMATIVO DELLA FORMAZIONE PER I RUOLI DI DIREZIONE GENERALE

La nomina a Direttore Generale di una AUSL o Azienda Ospedaliera da parte della Giunta Regionale è normalmente effettuata a partire da un elenco di persone che, avendo i requisiti richiesti, sono presenti in un Albo pubblico che ciascuna Regione

gestisce. Le modalità di iscrizione all'Albo possono variare da Regione a Regione ma normalmente, per l'inserimento, vengono richiesti gli stessi requisiti che rendono possibile la nomina nella posizione da Direttore Generale.

L'iscrizione all'Albo, inoltre, avendone i requisiti, può anche essere effettuata successivamente alla nomina in posizione. Per i requisiti, ci si riferisce a quanto previsto dal D.Lgs 502/92 e successive integrazioni e modificazioni che, all'art. 3-bis, indica che per essere nominati Direttori Generali servono: "a) diploma di laurea b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso".

La norma riportata non vincola eccessivamente la scelta, visto che pone dei requisiti non particolarmente stringenti, e la lascia del tutto svincolata, ad esempio, dalla materia del corso di laurea, dal settore di esperienza lavorativa acquisita, dalle dimensioni delle strutture dove tale esperienza si è maturata, ecc.. Infatti, una delle caratteristiche dei DG in carica è proprio quella di aver acquisito esperienze molto diversificate, anche in termini di formazione universitaria, come riportato nell'analisi dei dati raccolti attraverso il questionario ai DG. Accanto ad una maggioranza di medici, sono presenti economisti, giuristi, psicologi, ingegneri.

Elemento che parzialmente tende a creare a posteriori (rispetto alla nomina) una seppur parziale omogeneità di competenze è proprio la determinazione stabilita dall'art. 3 bis dello stesso D.Lgs 502/92 (art. 3 bis, c.4) e successive integrazioni e modificazioni (D.lgs 19 giugno 1999, n. 229), che prevede l'obbligatorietà, per coloro che ricoprono la posizione di direttore generale, di produrre, entro 18 mesi dalla nomina, la certificazione delle proprie competenze manageriali ed organizzative in sanità pubblica. Per comodità, si riporta il testo della norma richiamata:

D.Lgs 502/92 e s.m.¹: Art. 3 bis. c.4. "I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le Università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica

¹ Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data”.

Successivamente, con decreto ministeriale del 1 agosto 2000 (Disciplina dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie. (G.U. Serie Generale n. 300 del 27 dicembre 2000), e a seguito di un precedente accordo Stato-Regioni-Province Autonome, sono state definite le specifiche per la realizzazione della formazione ai fini del conseguimento della certificazione prevista per l'iscrizione all'Albo di coloro con i requisiti per poter ricoprire la carica di Direttore Generale.

L'art. 3 definisce i macro argomenti oggetto della formazione, “I corsi di formazione hanno lo scopo di fornire strumenti e tecniche propri del processo manageriale, quali l'analisi e la diagnosi organizzativa, la pianificazione strategica e operativa, il controllo di gestione, la direzione per obiettivi e la gestione delle risorse umane.” In particolare, inoltre, “I programmi dei corsi sviluppano le tematiche riferite alle aree di sanità pubblica; organizzazione e gestione dei servizi sanitari; gestione economico-finanziaria; risorse umane e organizzazione del lavoro.” (art. 3, c.2).

Lo stesso decreto definisce inoltre le modalità didattiche, che possono essere sia di lezione frontale che seminariali e a distanza (in parte) e introduce l'accreditamento delle strutture abilitate ad erogare questo tipo di formazione da parte di ciascuna Regione. La certificazione delle competenze ha una dimensione regionale e nulla si dice riguardo la sua eventuale trasferibilità/validità in altra regione.

Quanto definito relativamente alla formazione al ruolo per i Direttori Generali deriva da quanto introdotto per i dirigenti sanitari qualche anno prima. Infatti, il DPR 484/97 ha introdotto l'obbligatorietà dei corsi di formazione per i dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi), per ricoprire incarichi di struttura complessa e per l'avanzamento di carriera. È necessaria anche in questi casi una certificazione delle competenze possedute, che si ottiene attraverso la partecipazione a corsi specifici organizzati dalle Regioni, orientati proprio a questo fine. La certificazione per i dirigenti di struttura complessa ha una validità di 7 anni (DPR 10 dic 1997, n. 484, art. 7) (mentre nulla si dice formalmente relativamente alla scadenza della certificazione per i direttori generali – che ovviamente possono non essere dirigenti sanitari) e, per essere mantenuta, deve essere aggiornata attraverso la partecipazione a corsi specifici durante il periodo di validità.

Relativamente a tutti i dirigenti sanitari, e quindi non esclusivamente per i ruoli di direzione generale, è intervenuto un successivo accordo Stato-Regioni-Province Autonome (10 luglio 2003), che regola la reciprocità tra Regioni dei corsi di formazione manageriale, ai sensi degli artt. 15 e 16-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m. e dell'art. 7 del DPR n. 484/97. L'accordo fissa i criteri univoci per la reciprocità del riconoscimento della formazione manageriale, delle capacità gestionali, organizzative e di direzione, seguite ai fini del conseguimento degli incarichi di direzione sanitaria e di secondo livello dirigenziale.

L'accordo interviene a definire le regole affinché la formazione ricevuta in una Regione possa essere considerata valida anche in un'altra Regione.

L'accordo, nel richiamare alcune indicazioni specifiche già presenti anche nel decreto 1/

8/2000, come i temi formativi e il limite di ore minimo (120h), lascia alle Regioni la scelta di aumentarle e di specificare ulteriori argomenti formativi. Per acquisire la certificazione, il partecipante deve sostenere un esame conclusivo, le cui modalità possono essere stabilite dalle Regioni o Province Autonome. Il superamento dell'esame consente l'iscrizione nell'albo pubblico che ciascuna Regione deve tenere. La formazione deve essere erogata dalle Università o da enti accreditati dalle Regioni e Province. L'accordo stabilisce inoltre le interrelazioni tra i corsi specifici per l'ottenimento della certificazione e le attività di formazione continua che i dirigenti sanitari debbono seguire, specificando che, per l'anno di conseguimento, i crediti ECM si considerano raggiunti, ma che per i successivi è obbligatorio seguirli.

Molte Regioni hanno successivamente recepito l'accordo definito con una delibera ad hoc, ad esempio l'Umbria, la Liguria, le Marche, la Campania, anche se a tutt'oggi non abbiamo rilevato successivi accordi interregionali strutturati e formalizzati sul tema della reciprocità della formazione ai direttori generali. In qualche caso, almeno teoricamente, le Regioni si attengono a quanto stabilito in materia di reciprocità per i dirigenti sanitari, e lo estenderebbero anche ai DG, ma questa pare appunto più la teoria che la pratica. Abbiamo osservato, come verrà ripreso nel seguito, che la reciprocità del riconoscimento della formazione seguita viene affrontato di volta in volta con valutazioni specifiche che dipendono da vari fattori e che non è sentita l'esigenza di una maggiore regolamentazione né a livello regionale né nazionale.

1.5 RISULTATI DELL'ANALISI

I paragrafi seguenti contengono una sintesi degli elementi ritenuti prioritari evidenziati dall'analisi sul campo e tentano una lettura trasversale degli stessi, pur nella grande varietà di casi osservati. Infatti, è immediato constatare una grande differenza tra le Regioni, nonostante un unico quadro normativo nazionale cui tutte erano chiamate a rispondere, almeno per le attività formative rivolte alle direzioni generali.

1.5.1 Il grado di attività delle Regioni

Delle Regioni ricomprese nel campione che hanno partecipato all'analisi, la grande maggioranza ha dimostrato diversi gradi di attività, da quelle che non si sono mosse a quelle che hanno realizzato più interventi formativi specifici per i ruoli di direzione generale. Il grado di attività infatti è molto diverso e, accanto a Regioni che hanno periodicamente realizzato interventi, in modo da consentire l'acquisizione della certificazione e il suo mantenimento, ve ne sono altre che, per diversi motivi, non sono riuscite a realizzare concretamente le iniziative previste. Tra le Regioni non attive, in qualche caso non si sono proprio poste il problema, in altri, è stata effettuata la progettazione ma non si è arrivati (ancora) ad una realizzazione (cfr. Tabella I.1). Tra le prime troviamo la Regione Calabria, le Marche, mentre tra le seconde troviamo la Campania e le Puglie. Quest'ultima

è in fase avanzata di progettazione di interventi, ma al momento di realizzazione dell'analisi non avevano ancora realizzato interventi formativi specifici per i DG e gli altri ruoli di direzione generale. Aumentando il grado di attività troviamo Regioni che si sono attivate, ma che lo hanno fatto saltuariamente, con iniziative sporadiche nel periodo di riferimento osservato. In questo gruppo classifichiamo Basilicata, Piemonte, Sardegna e Veneto. Le restanti Regioni del campione hanno evidenziato invece un'azione presente e continuata nel periodo osservato, con più iniziative formative specifiche.

Posizionamento delle Regioni rispetto ai corsi per ruoli di Direzione Generale

Non attive		Attive	
Marche	Campania	Veneto	Umbria
Calabria	Puglie	Basilicata	Toscana
		Piemonte	Lazio
		Sardegna	Emilia Romagna
			Lombardia
			Liguria
			Sicilia
Nessuna attività specifica		Realizzati (solo 2 ediz dal 2000)	
Solo progettazione		Realizzati Corsi specifici e periodici (più di 2 ediz)	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

Nel complesso del campione osservato (esclusa la Sardegna su cui non è stato possibile effettuare l'analisi), si nota un buon grado di attività, con iniziative mirate e periodiche.

Avevamo inizialmente ipotizzato che una possibile determinante dello scarso livello di attività di alcune Regioni potesse essere dato dalla dimensione del target di riferimento: uno scarso numero di posizioni di direzione generale determina la mancanza di una massa critica utile alla definizione di un percorso formativo complesso. In realtà, l'analisi non ha confermato questa ipotesi. Anche alcune Regioni con un piccolo numero di Aziende Sanitarie sono risultate attive, con corsi regolarmente erogati (cfr. ad es. Umbria). Un'ulteriore ipotesi sempre basata sulla caratteristica di "bassa domanda regionale" è quella per cui Regioni con poche posizioni potrebbero essere spinte verso accordi strutturati con altre Regioni ma, come vedremo anche nel seguito, non pare una strada seguita. Inoltre, al di là del grado di attività delle Regioni, è interessante osservare le diversità su come le stesse hanno impostato organizzativamente la propria attività, analisi da cui emergono interessanti differenze.

1.5.2 I diversi modelli della attività formativa nelle Regioni

L'analisi ha evidenziato due principali modelli di assetto che le Regioni hanno realizzato per la organizzazione e gestione dell'attività formativa.

Il primo modello prevede la creazione di un'entità organizzativa distinta dalla Regione ma da essa completamente posseduta, dedicata alla progettazione operativa e all'erogazione dei processi formativi per le Aziende del territorio. Appartengono a

questo gruppo di Regioni la Lombardia, il Piemonte, l'Emilia Romagna, l'Umbria, la Sicilia, il Lazio, il Veneto (in corso di realizzazione) (cfr. Tabella 1.2).

Questo modello è stato scelto per le economie di scopo e di scala che realizza, innanzitutto perché facilita la concentrazione di saperi e di competenze sulle attività formative in un unico soggetto specializzato in tali attività. La sua dimensione di riferimento regionale, inoltre, consente di guardare all'intera platea di riferimento della sanità regionale come destinatari e fruitori primi dell'erogazione delle attività, che comunque abbiamo osservato essere estesa anche oltre ai confini regionali nella grande maggioranza dei casi. Inoltre, quasi tutti i casi regionali indagati appartenenti a questo modello consentono poi alle singole aziende sanitarie e ospedaliere di effettuare alcune attività formative specifiche entro il proprio ambito di autonomia. Infatti, i processi formativi erogati da queste entità sono talvolta diversificati per "target": normalmente sono rivolti innanzitutto ai ruoli di direzione generale e anche agli altri ruoli dirigenziali (nei diversi ruoli sanitario, amministrativo, tecnico-professionale); talvolta si occupano anche della formazione ECM per le figure del comparto, ma normalmente emerge più autonomia data alle singole aziende per queste finalità formative. I 3 target principali della formazione possono essere raggiunti attraverso entità diverse, ma stabili in questo modello, e modalità diverse nelle varie Regioni.

Altre economie di scala implicate da questo modello derivano dalla creazione di un rapporto "privilegiato" e consolidato tra società dedicata e Regione, che quindi non deve ogni volta esperire una gara per la scelta dell'erogatore dei singoli corsi.

Il modello specializzato ha una variante in Toscana, ove la Regione ha avviato una sorta di "partnership" dal 2004 con un'unica struttura universitaria per la formazione manageriale alla sanità regionale, che include anche la formazione ai ruoli di direzione generale. In questo caso, quindi, il partner non è un organismo regionale, ma è legato da un rapporto stabile, rinnovato attraverso convenzioni alla Regione stessa.

Il modello specializzato si articola al suo interno in due sottomodelli: il primo è rappresentato dalle strutture dedicate e "integrate verticalmente", nel senso che si occupano della progettazione di dettaglio (come più approfonditamente chiarito nel seguito), della erogazione (o attraverso docenti propri o comunque singoli docenti cercati sul mercato per tematiche specifiche) mantenendo sia il controllo che la responsabilità di erogazione. A questo modello specializzato e integrato appartengono Umbria, Emilia Romagna, Sicilia e Toscana. Il secondo sottomodello invece è formato da strutture che mantengono la progettazione di alto livello e la verifica della coerenza con i bisogni formativi, ma "comprano" l'erogazione da strutture terze, ad esempio le Università presenti sul territorio di riferimento, dopo un processo di accreditamento. Tra le Regioni analizzate ed attive del nostro campione, appartengono a questo modello "specializzato ed esternalizzato", la Regione Lombardia e, almeno in parte e per le iniziative realizzate, il Veneto. In questo caso, infatti la Scuola Regionale ha una funzione di broker, di prevalutazione e di scelta di erogatori accreditati, ed è garante del corretto svolgimento dei corsi, ma lascia la libertà agli stessi nel definire le modalità specifiche di erogazione.

Modelli di organizzazione dell'attività formativa per la direzione generale

TABELLA 1.2	Specializzato		Internalizzato
	<i>Rapporto di controllo diretto</i>	<i>accordo istituzionale/ partnership pluriennale</i>	
INTEGRATO	Umbria Emilia Romagna Sicilia Lazio Piemonte	Toscana	Liguria Campania Basilicata
ESTERNALIZZATO	Lombardia Veneto (in parte)		

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

Le altre Regioni, invece, hanno adottato per ora un modello tradizionale, per certi versi forse più flessibile, mantenendo al loro interno la rilevazione del fabbisogno formativo, la progettazione di alto livello, il controllo delle iniziative formative, mentre ricercano di volta in volta all'esterno l'erogatore ritenuto migliore. Questo modello, che potremmo definire "internalizzato" da un lato garantisce flessibilità (consente di individuare l'erogatore più adatto allo specifico intervento formativo senza troppa inerzia), dall'altro richiede grandi capacità di controllo e probabilmente anche tempi più lunghi. Infatti, per ogni intervento formativo, viene normalmente indetta una gara, che richiede tempi e costi per la sua realizzazione per l'individuazione del soggetto erogatore migliore. A questo modello appartengono la Regione Liguria, la Regione Sardegna (anche se non presente nel campione), la Regione Campania (forse uno dei motivi di non effettuazione è stata proprio la difficile selezione dell'erogatore), la Regione Basilicata.

Potremmo quasi ipotizzare che la scelta del modello specializzato sia tipico delle Regioni molto attive, mentre quello internalizzato rifletta forse uno stadio iniziale nella progettazione e realizzazione di attività formative specialmente per il top management delle aziende sanitarie. Inoltre, la creazione di un ente specializzato genera un circolo virtuoso, per cui le Regioni che li hanno creati o utilizzati, possono essere state da questi sensibilizzati ad una periodica realizzazione di iniziative formative, anche oltre il limite minimo previsto dalla normativa.

Ciò che abbiamo potuto osservare, tra queste Regioni, è che alcune di esse dichiarano di volersi muovere verso una soluzione strutturata e stabile, verso un modello specializzato, magari ispirandosi a casi di successo di altre Regioni. In questi casi sarà interessante osservare se si arriverà ad una moltiplicazione di strutture dedicate, una o più per ciascuna Regione, oppure se si consolideranno rapporti anche con le strutture presenti in altre Regioni. Questa strada pare più difficile. Alcune interviste hanno evidenziato la difficoltà, sotto il profilo politico, per una Regione, di ricorrere stabilmente a strutture di formazione presenti in altri territori, rispetto alla valorizzazione di quelle presenti nel proprio territorio.

Elementi comuni ai due modelli, invece, le Regioni adottano delle Linee Guida per l'indirizzo della definizione dei Piani Formativi che le aziende debbono recepire nella formalizzazione delle attività formative per gli ECM, indirizzi normalmente contenuti nel Piano Sanitario Regionale.

1.5.3 Le competenze dei DG attuali e prospettiche

Il momento di avvio di un'attività formativa rivolta a ruoli direttivi come quelli di direzione generale richiede una valutazione delle esigenze formative attenta e continua. A maggiore ragione in una situazione in cui i requisiti formali di ingresso nella posizione non implicano automaticamente un livello omogeneo di competenze, né relative all'esperienza pregressa (tipo di ruolo direttivo, dimensione della struttura diretta, settore di lavoro precedente), né tecnico-formative (settore di laurea, effettiva coerenza tra laurea e esperienza lavorativa ecc). Quindi l'individuazione di competenze di livello specialistico che debbono essere diffuse a tutta la popolazione dei ruoli di direzione generale, affiancando le competenze tipiche e caratterizzanti le 3 posizioni, è un tema importante che le Regioni normalmente riconoscono, anche se non tutte hanno finora avviato concrete attività in questo senso.

Ci sono comunque alcune esperienze molto significative di valutazione delle esigenze formative portate avanti da alcune Regioni. Ad esempio, in Emilia Romagna, l'ultimo corso tenuto ha previsto un ruolo molto attivo dei partecipanti nella definizione dei contenuti e del taglio da dare alle lezioni vere e proprie, anche prevedendo seminari tenuti da alcuni partecipanti, e questa fase ha consentito di personalizzare i contenuti e le modalità didattiche alle effettive esigenze. Anche la Regione Lombardia, attraverso la Scuola di Direzione in Sanità, presidia la valutazione delle esigenze formative, indirizzando i partecipanti a corsi specifici. In questa Regione questa fase è molto importante, proprio per la varietà di offerta formativa di qualità presente nel suo territorio e vista la numerosità della sua domanda (162 posizioni nei 4 ruoli di direzione generale, incluso il direttore sociale per le ASL). Indirizzare correttamente, lasciando poi al singolo partecipante la scelta dell'erogatore, risponde proprio all'esigenza di gestire il processo di acquisizione/rafforzamento delle competenze eventualmente mancanti, lasciando però autonomia nello scegliere la struttura erogativa preferita.

Anche in Regione Sicilia è stata dedicata particolare attenzione alla rilevazione delle esigenze formative e dove infatti è stato portato avanti un elaborato programma di analisi delle competenze, con focus-group e questionari, per rilevare il profilo delle competenze possedute e da acquisire nei corsi, nonché l'utilità della trattazione di tematiche a loro attinenti. Inoltre, già in fase di progettazione si è previsto di mantenere alcune giornate del corso a disposizione, per offrire l'opportunità di rispondere alle richieste specifiche dei partecipanti opportunamente rilevate. Attività in questo senso si stanno avviando anche in Regione Umbria.

Mediamente, però, questa fase è stata dichiarata piuttosto debole dalle Regioni, e la valutazione delle competenze in ingresso e delle esigenze formative personalizzate solitamente non viene effettuata con strumenti formalizzati o strutturati. Altre Regioni, quali l'Umbria nonché la stessa Emilia Romagna, hanno previsto, accanto al percorso formativo standard per tutti i partecipanti, la messa a disposizione di materiali, lezioni aggiuntive, presenza di docenti e tutor su richiesta, modalità di formazione a distanza

affinché ciascun partecipante possa approfondire volontariamente gli eventuali argomenti su cui si sente di voler approfondire. Tale possibilità al momento è ancora in sviluppo, nel senso che concretamente gli accessi non sono ancora molto elevati in rapporto ai partecipanti totali. La Lombardia invece sceglie tra suggerire il corso intero e la partecipazione solo ad alcuni moduli per ciascun candidato, a partire dal suo curriculum, proponendo quindi un percorso personalizzato.

Un elemento di rigidità da considerare nella scelta degli argomenti e del taglio da dare ai corsi, deriva anche dalla prescrizione normativa relativa ai temi formativi da sviluppare obbligatoriamente per il conseguimento della certificazione. I temi sono definiti in termini ampi, è possibile approfondirli, svilupparli e personalizzarli, ma una traccia esiste. Un'area di flessibilità sono i temi che possono essere attivati anno per anno con i corsi brevi, o con seminari o convegni ad hoc per il mantenimento della certificazione, e infatti su questi si osservano alcune prospettive nuove. Taluni hanno evidenziato come la definizione a priori dei temi oggetto della formazione, lasci uno spazio in termini di modalità didattiche attraverso cui trattarli, e infatti ci sono stati alcuni tentativi di introduzione di modalità didattiche più nuove (es. il caso della Regione Liguria).

La ricerca ha cercato di rilevare quali fossero le competenze desiderate dalle Regioni e ricercate nei propri Direttori e componenti la Direzione Generale. I casi hanno evidenziato che l'impostazione data dalla normativa che, come riportato precedentemente, ha fissato macroargomenti e temi della formazione, viene ancora mantenuta e seguita, anche se iniziano a svilupparsi, nelle Regioni più attive, anche altre tematiche. I dati di cambiamento del contesto, le capacità di lettura di tali cambiamenti sono normalmente riportate entro le tematiche a suo tempo definite e normalizzate (Organizzazione e gestione dei servizi sanitari; Indicatori di qualità dei servizi – sanità pubblica; Gestione delle risorse umane; Criteri di finanziamento ed elementi di bilancio e controllo).

Solo in pochi casi, nelle interviste sono state dichiarate le competenze di interesse, da cui declinare gli argomenti dei corsi. Per esempio, nella Regione Liguria, le competenze le chiave del DG sono state identificate in:

- Capacità di programmazione dei servizi nel medio periodo
- Conoscenze gestionali
- Gestione servizi in rete
- Capacità di tenere le relazioni

Altre Regioni hanno individuato argomenti tecnici specifici (il trasferimento della competenza sulla sanità penitenziaria, ad esempio). La Regione Lombardia nei moduli propedeutici al corso vero e proprio propone Economia Aziendale Base e Medicina per non medici e, nel corso specifico, un'attenzione particolare alle competenze di analisi e programmazione strategica e operativa e alla gestione delle risorse.

Il bilanciamento tra competenze tecnico-specialistiche e competenze "soft", gestionali e organizzative, di gestione di percorsi di cambiamento complesso, è un tema molto sentito. Alcune Regioni cercano di lavorare su entrambi questi fronti, favorendo l'integrazione e lo scambio delle esperienze oltreché l'illustrazione di tecniche specifiche.

Come argomenti specifici, il corso più recente tenuto nella Regione Piemonte aveva il fine di sviluppare con l'alta direzione aziendale un ragionamento integrato rispetto alla politica, alla organizzazione aziendale e alla gestione delle risorse, umane e finanziarie. Il corso era finalizzato a favorire lo scambio di esperienze per sollecitare l'assunzione di ruolo, teso a presidiare intervenendo sul raggiungimento dei risultati, ma in modo da non confondersi con il puro perseguimento degli obiettivi. Potremmo dire che in questo caso si è voluto focalizzare il percorso, il processo di costruzione e di realizzazione degli obiettivi a scapito del puro raggiungimento di un valore dell'obiettivo. Questo elemento appare di grande rilevanza anche in relazione agli strumenti di valutazione delle performance aziendali introdotti in alcune Regioni e in via di introduzione in altre (Regione Toscana e in via di introduzione in Regione Liguria e Umbria).

Un altro elemento di interesse è dato dalle competenze su cui si lavora nei corsi organizzati. Accanto ad interventi organizzati per sensibilizzare quando non anche formare sulle tematiche tecniche, è emersa, almeno in alcune regioni, l'esigenza di utilizzare il setting della formazione per rafforzare le competenze soft dei Direttori Generali. È evidente che tale finalità sia presente nei casi in cui i corsi sono effettivamente circoscritti a coloro che ricoprono la posizione nella Regione organizzatrice (Emilia Romagna, Toscana, Sicilia, in parte anche il Piemonte e la Liguria). In questi casi, la formazione viene vista come una leva per migliorare il senso di appartenenza al gruppo dei direttori, di partecipazione e di condivisione dei valori e della cultura regionale in ambito sanitario, di rafforzamento di una cultura di team tra le persone che ricoprono il ruolo in aziende diverse della stessa Regione. È vero che possono essere create altre situazioni aventi questi fini, ma è anche vero che l'attività formativa è una leva molto importante ed efficace al fine di lavorare per questo obiettivo e alcune Regioni hanno deciso di provare a coglierlo anche in occasione della formazione per la certificazione. Potremmo dire che in questi casi il processo tende ad essere più importante del risultato, nel senso che la condivisione di esperienze comuni durante il percorso di formazione crea uno spirito di squadra utile alla gestione delle decisioni manageriali successive, che spesso hanno impatti oltre la dimensione aziendale specifica. Inoltre, esplicitare anche questo insieme di obiettivi riflette un'esigenza matura, arricchendo la richiesta di competenze tecnico-professionali tipiche dei ruoli di direzione generale da parte delle Regioni in una direzione manageriale.

Per quanto riguarda le eventuali richieste specifiche di approfondimento di tematiche nei corsi da parte dei partecipanti, così come percepite dalle Regioni, possiamo fare alcune osservazioni. In qualche caso vengono segnalate differenze di percezione tra erogatore del processo formativo e Regione stessa, forse a causa di differenze nella valutazione "a caldo" al termine dell'attività formativa e invece una valutazione successiva, magari all'infuori dei moduli previsti e formalizzati. In altri casi sono emerse domande di maggiore attenzione alle tematiche tecniche, per adeguare le competenze specifiche possedute da qualche partecipante, mentre altri si sono concentrati sulla richiesta di attenzione al team building. Su questi elementi è interessante evidenziare le

valutazioni espresse nell'ambito del questionario rivolto proprio ai Direttori Generali che hanno indagato anche questi punti.

Un elemento interessante di completamento delle informazioni potrebbe essere dato dalla formazione autonomamente scelta dai Direttori Generali e dagli altri ruoli di direzione generale al di fuori degli obblighi normativi, ma non sembrano esserci su queste informazioni centralizzate presso le Regioni.

1.5.4 Il processo di erogazione della formazione ai ruoli di direzione generale

Il tipo di processo messo in campo dalle Regioni per la progettazione ed erogazione delle attività formative è piuttosto diversificato. Se dal lato teorico i passi sostanzialmente coincidono, dal punto di vista operativo le prassi possono presentare qualche differenza.

- **Fasi del processo:** le fasi classiche della formazione sono realizzate in modo diverso tra un caso e l'altro; la sequenza comune è la stessa, in alcuni casi è difficile avere una visione unitaria:
- **Rilevazione obiettivi formativi (lato offerta) ed esigenze formative (lato domanda):** questa fase è quella che è stata identificata come una delle più deboli da molti intervistati; da un lato la specificazione degli argomenti definita dalla normativa, dall'altra la difficoltà di effettuare una vera e propria analisi delle competenze possedute dai potenziali partecipanti, unita alla necessità di forte commitment del livello politico rende questa fase spesso bypassata. Non mancano anche in questo caso le eccezioni, quali la Lombardia, l'Emilia Romagna e la Sicilia, con attività specifiche volte proprio a personalizzare i contenuti dei corsi rispetto alle specifiche esigenze dei partecipanti.
- **Macro progettazione:** consiste nell'individuare le tematiche principali oggetto dell'intervento, al fine di delineare un programma di massima utile a selezionare, quando non presente nell'assetto della formazione regionale, l'ente erogatore.
- **Scelta dell'erogatore:** nei casi in cui è presente una società regionale dedicata alla formazione, o un partner stabile per la formazione, la fase non è presente; negli altri casi, viene aperto un bando che preveda i requisiti per le società/enti/Università che intendono partecipare. Nel caso della Regione Lombardia, l'accreditamento dei corsi avviene con un processo a sé.
- **Scelta dei partecipanti:** il bando specifica i requisiti per la partecipazione, e assegna la responsabilità della procedura di selezione, che normalmente riserva alcuni posti a coloro che sono già in carica e/o provenienti dalla Regione di erogazione del corso. Spesso la procedura di selezione dei partecipanti è affidata anch'essa all'ente erogatore, ove presente.
- **Micro progettazione:** consiste nell'elaborazione di dettaglio dei contenuti, sia a "tavolino" che attraverso una osservazione dei partecipanti che parteciperanno effettivamente al corso; prevede le attività di scelta delle modalità didattiche, di indivi-

duazione dei docenti e dei testimoni, le effettive visite all'esterno che sarà possibile effettuare, ecc.

- **Realizzazione/erogazione:** è la fase che normalmente si sviluppa in un periodo di alcuni mesi (non più di 6), anche con momenti residenziali, per alcuni.
- **Valutazione e controllo:** è la fase successiva all'erogazione, che avviene sia immediatamente al termine del corso, con la valutazione del percorso dei partecipanti. In taluni casi essa avviene attraverso un colloquio con un insieme di docenti al corso, in altri attraverso la redazione di un project work da parte del partecipante e la relativa presentazione e discussione ad un panel di docenti, anche su argomenti di interesse per la propria azienda. In un caso ci è stato segnalato che vengono utilizzati come basi per la valutazione le visite che i partecipanti hanno compiuto in altre realtà, in modo da favorire l'originalità del lavoro.
- **Attori del processo e responsabilità principali:** i ruoli identificati sono il ruolo Regionale (livello apicale/dirigenti del settore Formazione) e gli Enti erogatori (enti formativi di proprietà regionale o soggetti privati). Ci sono anche casi di autoprogettazione dei contenuti da parte dei partecipanti (Emilia Romagna, in parte Piemonte).
- **Obiettivi formativi specifici del processo:** questo punto è molto importante perché consente di indirizzare la successiva attività formativa, ma non si sono generalmente raccolte indicazioni specifiche, a parte alcuni sporadici casi. Nella diversità di percorsi professionali di possibile provenienza - formativa e professionale - dei partecipanti (medici, altre lauree, esperienza di SSN o di altro settore); in alcuni casi sembra prevalere, nell'ambito della formazione per la certificazione formativa prevista, un approccio "di adempimento": la formazione va fatta e la si fa. In altri casi, invece, l'occasione data dall'adempimento è stata colta per effettivamente perseguire obiettivi di sensibilizzazione, di team building, di accrescimento professionale.
- **Budget:** normalmente il costo di partecipazione all'intervento è sostenuto dal partecipante, il cui contratto prevede un rimborso forfettario annuale per tale fine (ca. 5.000 euro). Alcune Regioni hanno segnalato che tale somma è considerata quasi insufficiente per partecipante, tanto da limitare le modalità didattiche (ad esempio, le possibilità di visite didattiche anche all'estero) o da richiedere l'organizzazione di aule più numerose;
- **Dimensione regionale/sovraregionale:** è decisamente prevalente la dimensione regionale di erogazione, nel senso che ciascuna Regione organizza i propri corsi; sono generalmente previste, invece, le aperture anche a partecipanti extraregione; anche tra gli erogatori, alcuni fornitori di eccellenza iniziano ad essere invitati formalmente in più Regioni.

1.5.5 Analisi degli ultimi eventi formativi realizzati

Alcune indicazioni sintetiche possono essere fornite a partire da una comparazione delle ultime iniziative realizzate dalle Regioni attive.

- **Attivazione dei corsi nelle regioni del campione:** le Regioni attive a vario livello sono 10 sulle 14 analizzate;
- **Continuità del processo formativo:** delle 10 Regioni attive, 7 hanno organizzato più di 2 edizioni, mentre 3 si sono mosse più sporadicamente; visto che il livello di continuità è buono, possiamo ritenere che risponda all'osservazione di risultati positivi e che quindi si ritenga che valga la pena continuare ad investire sul questo tipo di attività.
- **Tipologia e quantità partecipanti:** nei casi in cui è possibile effettuare un confronto, emergono aule di circa 30-35 persone, che presentano però differenze nella costituzione delle aule e nella selezione dei partecipanti. Si va dalle persone già in carica, agli aspiranti aventi i titoli, ad un'estensione ad alcuni dirigenti regionali;
- **Durata (minimo obbligatorio 120 ore):** sono stati osservati casi diversi: dal minimo delle ca. 120ore -160ore per ottenere la prima certificazione a 260ore di aula (190+70 di moduli propedeutici) cui si aggiungono le ore per la redazione di un progetto conclusivo;
- **Materie trattate:** in qualche caso le materie sono definite a partire dalle macro indicazioni dell'accordo Stato Regioni (sanità pubblica; organizzazione e gestione dei servizi sanitari; gestione economico-finanziaria; risorse umane e organizzazione del lavoro), poi sviluppate in argomenti specifici (1-2 gg ciascuno). Talvolta vengono integrate da altri elementi: es. abilità, tecniche e strumenti di gestione manageriale. I corsi offrono spesso alcune giornate con temi comuni ai 3 ruoli di direzione generale mentre altre lezioni o seminari di approfondimento sono separate per ogni singolo ruolo. Nella tabella 1.3 è rappresentata una sintesi degli argomenti oggetto di formazione nell'ultimo intervento realizzato, sintetizzata con una classificazione effettuata dal gruppo di lavoro². La maggioranza dei programmi si rifà ai contenuti stabiliti dalla normativa e spesso provvede anche ad ampliarne le declinazioni. Sono presenti tutte le principali tematiche manageriali della sanità, da quelle introduttive sull'assetto del sistema sanitario e le politiche sanitarie pubbliche, alle leve manageriali classiche (gestione risorse), ma comprendono spesso anche riferimenti alla gestione dell'innovazione, organizzativa e gestionale, ma anche informativa e dei processi, incluse le relazioni tra territorio e ospedale e alcuni approfondimenti tematici, come sull'emergenza-urgenza o la farmacoconomia. Non mancano anche le tematiche più tecniche affiancate dalle competenze gestionali sui diversi tipi di risorse gestite, umane, strumentali ed economico-finanziarie. Accanto ad un'impostazione abbastanza comune dei contenuti, in realtà, gli specifici titoli dei moduli rilevano tagli abbastanza specifici, che tentano di sottolineare gli approcci di studio e ai contenuti di stampo più regiona-

² I programmi dell'ultimo corso realizzato erano disponibili per 8 Regioni. La classificazione in parte riprende quella degli argomenti di formazione utilizzata nel questionario ai DG, ma è più sintetica perché desunta dai titoli dei moduli e non delle singole lezioni.

le, così come la tenuta in considerazione di alcune specificità regionali. Per questo si può comunque individuare una certa variabilità nei contenuti proposti.

- **Modalità didattiche:** ancora prevalentemente “classiche”, con lezioni frontali, ma integrate in tutti i casi osservati con metodologie attive: testimonianze e discussione di casi. Sono stati osservati anche casi (o auspici) relativi alla effettuazione di project work, di visite guidate sul territorio nazionale e, in pochi casi, anche all'estero; in altri casi queste estensioni sono auspiccate ma non ancora realizzate; in pochi casi abbiamo rilevato esperienze di coaching;
- **Valutazione dell'apprendimento:** è effettuata con un questionario finale, ma più comunemente attraverso la redazione di un project work che i partecipanti presentano e discutono alla presenza di una commissione di valutazione, normalmente formata da alcuni docenti del corso, dal direttore dello stesso, ove presente.
- **Valutazione formale del grado di soddisfazione del corso:** è sempre effettuata la valutazione della percezione dei partecipanti sul corso seguito, sulla qualità della docenza e dei contenuti, attraverso moduli di valutazione predefiniti e standard per singolo erogatore. È infatti un dato raccolto dall'erogatore, che talvolta non è reso disponibile immediatamente per un feedback alla Regione (che non sempre lo richiede).

Classificazione argomenti formativi dell'ultima edizione del corso realizzata dalle Regioni indicate

TABELLA 1.3 Argomenti/temi	Basilicata	Campania	Emilia Romagna	Lombardia	Piemonte	Sicilia	Toscana	Umbria
	Strategie, modelli e assetti dei sistemi socio-sanitari; modalità di finanziamento	•		•	•	•	•	•
Federalismo fiscale e federalismo sanitario						•		
Strategie di innovazione e gestione cambiamento nelle organizzazioni complesse; società miste	•		•			•	•	•
Diritto e normativa sanitaria italiana	•							
La riorganizzazione dell'offerta: dipartimentalizzazione e Ospedale per intensità di cura	•				•			
Governo sanità territoriale; rapporti H-MG			•	•			•	
I sistemi informativi (sistemi di supporto alle decisioni)	•	•		•		•		•
I sistemi di valutazione delle performance aziendali; accountability delle aziende sanitarie			•					•
I sistemi di qualità e di accreditamento	•	•				•	•	•
La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente						•		
L'epidemiologia per l'analisi dei bisogni sanitari	•							
La gestione della comunicazione interna ed esterna; relazioni istituzionali				•				•
Il ruolo della dirigenza; strumenti di gestione manageriale, leadership e delega	•			•	•			•
Gestione risorse umane e sviluppo capitale intellettuale; formazione, motivazione del personale	•		•		•	•		•
La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie				•	•	•	•	•
Pianificazione strategica e programmazione (budget); lettura bilancio az. Sanitaria	•							•
Le tecniche di pianificazione e analisi degli investimenti			•					
HTA e valutazioni economiche	•	•						
Farmacoeconomia; economia sanitaria		•						•
Emergenza-urgenza		•		•				
Etica/umanizzazione		•	•					
Ricerca e innovazione; rapporti con Università			•					
Medicina per non medici				•				
Gestione risorse strumentali				•				•
Acquisizione di beni e servizi						•		
Sicurezza sul lavoro e responsabilità DG						•		

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

1.5.6 Valutazioni sul percorso e ulteriori necessità formative

Le valutazioni che abbiamo raccolto sui percorsi formativi seguiti da parte delle Regioni e degli enti erogatori intervistati sono sostanzialmente buone, visto che in molti casi, i successivi interventi hanno tenuto conto delle valutazioni interne ottenute nelle edizioni precedenti. Quindi abbiamo osservato l'evolversi delle materie, l'affiancarsi di obiettivi di team building a quelli più tradizionali e tecnici, senza però sostituirli, in quanto è emerso chiaramente come sia effettivamente sentita da partecipanti e dalle Regioni l'opportunità di rafforzare le competenze tecniche. Gli elementi che sono stati più spesso segnalati come migliorabili sono:

La composizione dell'aula: emerge la difficoltà gestionale nei casi di aule diversificate, non solo in riferimento alle diverse provenienze professionali dei partecipanti che occupano ruoli di direzione generale, ma soprattutto relativamente alla non chiusura dell'aula ai soli che li ricoprono effettivamente. Alcune Regioni si sono già indirizzate verso un percorso dedicato, altre ci stanno pensando.

La valutazione delle esigenze formative: questo elemento è collegato al precedente, in quanto un conto è valutare le esigenze formative di un gruppo di pari (tutti i DG della Regione), un altro è valutare esperienze diverse in quanto le aule sono formate da persone che non ricoprono il ruolo né lo hanno già ricoperto, in Regione o in altre Regioni. La varietà nella composizione delle aule acuisce il problema della valutazione delle esigenze formative e, dato il livello manageriale dei partecipanti, spesso si ricorre all'autovalutazione. Anche in questo caso, non sempre il risultato è considerato completamente soddisfacente; questa è una fase su cui le Regioni più attente e attive si sono già mosse con processi strutturati, mentre per altre è spesso considerata una fase da migliorare. Obiettivo dichiarato è ottenere una sempre maggiore aderenza alla percezione dei bisogni formativi specifici e quindi essenzialmente alle competenze percepite come indispensabili/necessarie per il ruolo di DG nella Regione di appartenenza.

Forte attenzione al bilanciamento dei contenuti e alla scelta dei metodi didattici: per quanto riguarda i contenuti, emerge, in alcuni casi, una necessità di bilanciare meglio i tempi tra competenze manageriali soft e le conoscenze tecniche da sviluppare, mentre relativamente ai metodi, l'analisi di caso, con confronti attraverso testimonianze e anche visite/stage, presso realtà nazionali e internazionali di successo, è stata segnalata come elemento da rafforzare nelle prossime edizioni. Alcuni hanno segnalato il problema della scarsa diffusione della conoscenza di una lingua straniera come ostacolo alla possibilità di visite all'estero. Sulla tematica dell'opportunità di introdurre modalità didattiche molto interattive (role-playing ecc), alcune Regioni li hanno sperimentati, ma con successi alterni. Comunque, ci pare che queste modalità debbano essere, nel caso, limitate ai casi di aule tra pari, in modo da creare anche una forte relazione tra i partecipanti che possa però essere spesa in un contesto lavorativo comune.

La valutazione dell'esito delle attività formative nel medio periodo: al di là della valutazione specifica ottenuta in aula con i moduli compilati a fine corso, è ritenuta migliorabile la valutazione dell'effettivo impatto dell'attività formativa sulle competenze esercitate nel quotidiano dai partecipanti, che ad oggi non viene effettuata.

La continuità del processo formativo: in qualche caso è stato segnalato il requisito della continuità, secondo cui è importante che le Regioni riescano, ciascuna secondo il suo sistema, a progettare ed erogare attività formative ai direttori generali, che siano tempestive e coerenti ai mutamenti dei contesti ambientali e agli obiettivi. Tempi molto lunghi tra un corso e l'altro e tra un'occasione e l'altra fanno perdere di intensità i momenti formativi e non contribuiscono a consolidare un sistema di relazioni forti tra i direttori e gli altri ruoli di direzione generale che invece è un obiettivo rilevante.

1.6 NOTE CONCLUSIVE

La prima osservazione che si può trarre dalle analisi effettuate per comporre la mappa della formazione regionale è che solo pochissime Regioni hanno scelto di realizzare iniziative formative ad hoc per la certificazione delle competenze manageriali rivolte solo alle persone che effettivamente ricoprono la posizione di direzione generale nelle aziende sanitarie di pertinenza. Questo non significa che non vi siano altre iniziative formative mirate ai ruoli in oggetto, ma che queste non sono finalizzate all'acquisizione della certificazione delle competenze richieste dalla normativa, cioè si potrebbe individuare una sorta di separazione tra attività "obbligatoria" in cui si rischia di rispondere con una logica di adempimento, e altre iniziative in cui sperimentare modelli ritenuti più efficaci. Questo evidenzia una certa carenza, o per lo meno un ritardo, nell'intendere il ciclo della formazione come una delle leve gestionali a disposizione delle Regioni per meglio realizzare i propri obiettivi strategici. Nel contesto aziendalizzato della sanità, il ruolo dei direttori generali e degli altri ruoli di direzione, è infatti un perno fondamentale dell'azione regionale.

La caratteristica delle aule di essere gruppi "di pari" consente di posizionare più correttamente gli obiettivi formativi, analizzare le esigenze formative e definire piani formativi di gradimento per i partecipanti. È pur vero che una partecipazione più variegata consente anche di allargare la propria rete, individuare soluzioni non auto-referenziali. A maggiore ragione, in una fase come quella attuale in cui le prime certificazioni stanno scadendo dopo i primi 7 anni, parrebbe opportuno valutare la fattibilità di aule diversificate, o almeno con momenti formativi separati.

Una seconda osservazione riguarda il bilanciamento tra modalità di scelta e nomina dei DG e il conseguente rapporto personale, fiduciario che la Regione instaura con i propri Direttori Generali (fatti salvi certi requisiti di ingresso che come detto non sono al momento molto stringenti), e "l'oggettività" dei progetti formativi definiti a livello nazionale (reinterpretati a livello regionale in modo da garantire un seppure minimo livello di omogeneità alle persone che ricoprono tali posizioni). Questo trade-off, gestito anche da ruoli diversi (livello politico e livello tecnico-amministrativo), è parso in alcune Regioni risolto e i due elementi convivono perfettamente attraverso carriere lunghe, presenza di DG che hanno ricoperto due, tre volte e più la carica, anche in Regioni diverse. In altri casi, invece, sembra persistere maggiore difficoltà ad integrare un livello di scelta politica con elementi più operativi e, appunto, almeno in

parte oggettivi, che possono apparire in parte in contraddizione. In un tale contesto, quindi, apparirebbe importante un forte processo di analisi delle esigenze formative, che però, proprio per la natura politica della scelta, talvolta si ha quasi una ritrosia nell'affrontare in modo strutturato. In questi casi, la formazione per i ruoli di direzione generale appare quasi rispondere più a obiettivi di sistemazione a posteriori (e quindi prevarrebbe una "logica di adempimento") che non alla realizzazione di obiettivi prospettici (cosa questa specifica Regione chiede oggi ai suoi DG e cosa a loro serve sapere e come loro debbono sapersi comportare per realizzarlo).

L'opportunità di definire una rete formativa nazionale, che garantisca contenuti e metodi formativi di valenza sovraregionale è tra le principali domande di ricerca che ci siamo posti. Abbiamo rilevato alcuni tentativi di accordi formalizzati interregionali, che però non sono riusciti a diventare operativi, per svariati motivi, visti in precedenza. Nonostante queste esperienze che non hanno portato a risultati concreti, è in qualche Regione stata espressa l'esigenza di una maggiore "massa critica" nell'erogazione della formazione, di un recupero di economie di scala, che potrebbe essere forse possibile attraverso una qualche forma di coordinamento leggero. Vediamo in che termini si potrebbe articolare un tale coordinamento.

Da quanto analizzato in sede di offerta, da parte delle Regioni del campione, non emerge una diffusa necessità o una richiesta generalizzata di un livello ulteriore nella progettazione/erogazione/valutazione/certificazione delle attività formative per la propria dirigenza sanitaria e del top management. Elementi che sono stati rilevati a sostegno di questa visione sono:

- la grande differenza attuale tra le Regioni che hanno ritenuto di voler utilizzare la leva della formazione manageriale in sanità, rispetto ad altre in cui è prevalsa la logica dell'adempimento;
- la stratificazione e l'accumulo di competenze a livello regionale sul tema specifico, che difficilmente si vorrebbe veder "annacquate" in una prospettiva nazionale;
- le specificità relative ai propri messaggi formativi, specifici di ciascuna Regione di appartenenza e del suo orientamento politico;
- la presenza di un elemento ostativo ad accordi interregionali nella scelta della eventuale location comune di erogazione, per cui tutte le Regioni partecipanti all'accordo avrebbero un interesse a mantenerla nel proprio territorio;
- la presenza di vincoli e difficoltà "campanilistiche" nei pochi casi in cui si è tentato un accordo interregionale, per cui poche Regioni sono concretamente disponibili a non utilizzare erogatori provenienti dal proprio territorio in favore di altri, ancorché di eccellenza, se non proprio quando in casi di estrema necessità (es. Regione impegnata in un Piano di Rientro).

I tentativi di realizzare accordi formalizzati, seppure avviati da alcune Regioni, non hanno portato a risultati concreti. Non abbiamo rilevato nemmeno casi di accordi con altre Regioni per il riconoscimento "a priori" di certificazioni ottenute altrove. Ci sono accordi di fatto, nel senso che la Regione può adottare un sistema di valutazione dei crediti eventualmente ottenuti dai ruoli di direzione generale in altre strut-

ture, ma tale valutazione è effettuata sempre ad hoc, e consente il riconoscimento dei crediti entro comunque un limite definito per ciascun modulo formativo e comunque su base assolutamente individuale ed episodica. Le Regioni non intendono rinunciare a questo livello di autonomia attraverso la formalizzazione di un qualsivoglia accordo preventivo. Elementi rilevanti ai fini del riconoscimento dei crediti o del corso seguito sono l'urgenza nella necessità di ottenere la certificazione, l'ente erogatore, la durata dell'intervento, le tematiche trattate, i docenti, ma appunto, non debbono creare "un precedente", ma essere riconosciuti caso per caso.

Questa situazione pare destinata a prolungarsi e al limite a rafforzarsi nel prossimo futuro. Sono infatti in atto in molte Regioni delle iniziative di sostegno diretto delle Università inserite nel proprio territorio, che si sono trovate messe in crisi dai provvedimenti di razionalizzazione e di riduzione dei finanziamenti statali. Questo ha implicato per molte Regioni la scelta di intervenire anche direttamente a sostegno dei sistemi universitari locali, e il tema della formazione in sanità è un'altra leva forte per farlo. Anche le Regioni più deboli, in accompagnamento, debbono sostenere la propria economia locale e, unite alle spinte verso il federalismo, queste generano un contesto in cui difficilmente osserveremo scambi o accordi transregionali.

Allo stato attuale, la ricerca non è riuscita ad individuare una logica unitaria nelle iniziative realizzate dalle diverse Regioni in ambito formativo manageriale. L'autonomia guadagnata in questi anni, sancita anche dalla normativa di inizio anni 2000, riteniamo che difficilmente potrebbe essere regolamentata. Ciò non toglie, però, che alcune Regioni siano in realtà disponibili ad un confronto con le altre, anche attraverso un tavolo di coordinamento, finalizzato al miglioramento delle attività formative per il top management, al confronto su nuove "buone pratiche", all'approfondimento di tematiche trasversali di interesse comune per tutte. Infatti, mentre le tematiche formative più legate al team building, allo sviluppo dell'appartenenza alla struttura e alla Regione, all'approfondimento delle specifiche scelte di impronta regionale appaiono indissolubilmente legate ad un'erogazione di livello regionale, le tematiche tecnico-specialistiche sono senz'altro più trasversali. In questo ambito, potrebbe essere valutata la possibilità di ragionare di un livello di coordinamento, quando non anche di erogazione congiunta, dato che alcune competenze specialistiche sono comuni a tutti i ruoli di top management. Ad esempio, le competenze economico-finanziarie, di lettura di un budget di un'azienda sanitaria o ospedaliera e dei suoi principali indici, il cambiamento tecnologico, l'evoluzione delle funzioni acquisti, sono solo alcuni esempi di tematiche più tecniche in cui l'appartenenza regionale appare più sfumata. Ci pare questo uno spazio in cui eventualmente proporre un maggiore coordinamento, che potrebbe portare alla realizzazione di economie di scala nella erogazione "complementare e cooperativa" di alcuni moduli formativi trasversali. Non abbiamo invece visto spazi per una vera e propria "certificazione dei programmi" tout court, intesi come insieme completo della formazione, che prevede, nella maggioranza dei casi analizzati, un mix di competenze tecniche e di competenze relazionali, soft, maggiormente dipendenti e legate allo specifico contesto regionale di operatività.

Qualche limitato spunto all'organizzazione di una rete di erogatori certificati è stato

anche raccolto, ma la sensazione che i ricercatori ne hanno derivato è che si tratti più di un auspicio che non di una vera e propria volontà di maggiore coordinamento interregionale. Probabilmente si riesce razionalmente a intravedere i vantaggi di un maggiore coordinamento, almeno su alcuni temi e nell'accezione sopra descritta, ma in realtà se ne vedono anche gli ostacoli, essenzialmente di natura politica, che impedirebbero la personalizzazione degli interventi formativi su cui invece le Regioni più attive hanno scommesso negli interventi più recenti (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana).

Sicuramente la creazione di una rete interregionale di erogatori "di eccellenza" potrebbe apparire interessante ad alcuni erogatori, e taluni si sono anche espressi in tal senso. Questi infatti vedrebbero da un lato "certificata" la propria eccellenza ed otterrebbero un importante riconoscimento, dall'altro aumenterebbero la domanda potenziale dei propri eventi formativi. L'idea potrebbe apparire teoricamente valida, anche se le difficoltà operative potrebbero essere rilevanti. Chi potrebbe certificare l'eccellenza di un dato erogatore su quella particolare tematica tecnica? In fondo anche la valutazione di eccellenza può dipendere da diverse variabili, che mal si adatterebbero a entità di profilo e tipo diverso. Ad esempio, considerando le Università e le società di consulenza, questi due gruppi avrebbero criteri di valutazione della qualità differenti e difficilmente ordinabili a priori e da un soggetto esterno. Si tornerebbe ad avere un sistema di erogatori accreditati entro cui ciascuno potrebbe selezionare la tipologia e la provenienza di quello preferito, in relazione ai propri obiettivi formativi. Certamente potrebbe aumentare la flessibilità ma, di nuovo, requisito fondamentale sarebbe comunque la volontà di utilizzare la formazione come una leva gestionale per realizzare un obiettivo specifico. Percorso che non tutte le Regioni hanno al momento avviato.

Anche senza coordinamento interregionale, e senza rete di "erogatori di eccellenza" resta comunque il problema di come favorire lo scambio di esperienze formative di eccellenza tra Regioni diverse e questo potrebbe avvenire su una base scientifica con convegni e incontri ad hoc, come in parte comunque già avviene oggi.

Questa parte della ricerca ha anche evidenziato come sia difficile ricostruire un processo di erogazione della formazione unitario e controllato, a partire dalla formulazione di obiettivi specifici e formalizzati per i ruoli di direzione generale, in misura minore per i direttori di struttura complessa, da parte della Regione: spesso prevalgono logiche locali, talvolta guidate dalla Regione, talvolta dall'erogatore. Nella varietà di temi formativi trattati, le Regioni si sono mosse generalmente con un buon livello di proattività. Probabilmente però, è il campo delle modalità didattiche quello in cui esse hanno potuto maggiormente spaziare, offrendo, nei casi più avanzati, tutte le metodologie formative innovative messe a punto dalle esperienze internazionali. In qualche caso, addirittura, si è preferito spingere molto su questo ambito, forse arrivando anche a privilegiarlo rispetto alla pura e semplice trasmissione di conoscenze, cosa che pare abbia lasciato un po' perplessi anche gli stessi partecipanti.

Uno sviluppo interessante a questa parte della ricerca potrebbe essere dato da alcune interviste anche al livello politico in alcune Regioni, al fine di approfondire le caratteristiche del profilo desiderato dei DG e quindi la coerenza tra esigenze "di profilo" e la formazione erogata ai DG.

APPENDICE CASI REGIONALI

A. BASILICATA

QUADRO GENERALE:ASSETTO DELLA FORMAZIONE NELLA REGIONE

Al Dipartimento *Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità*, della Regione Basilicata afferiscono dieci uffici. Alla formazione nella Regione è preposto l'ufficio *Formazione ed aggiornamento e politiche del personale del Servizio Sanitario Regionale* a cui compete anche l'organizzazione dell'attività formativa. Si evince che la Regione non si avvale di agenzie esterne predette alla formazione, bensì la gestisce al proprio interno.

STORIA DELLA FORMAZIONE ALLA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ NELLA REGIONE

Un primo modello relativo alla formazione viene delineato nel febbraio 2003, con la Delibera di Giunta Regionale n. 215, avente ad oggetto la *Formazione Continua in Medicina (E.C.M.) – Prime Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie*.

Un modello successivo viene delineato con Delibera di Giunta Regionale n. 100 del 29 Gennaio 2008 "*Riordino del Sistema di Formazione Continua*" che: approva il "*Sistema ECM Regione Basilicata (SERB)*"; prevede l'istituzione del Comitato Istituzionale Tecnico Scientifico per l'ECM Regionale (CITSER), quale organismo consultivo per l'accreditamento delle attività formative ECM e di regolamentazione del settore ECM in Regione Basilicata; prevede di integrare la composizione della Consulta Regionale per la Formazione Continua; demanda all'Ufficio Formazione del Dipartimento alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità, all'espletamento delle seguenti procedure:

- Istituzione del CITSER
- Ricomposizione della Consulta Regionale per la Formazione Continua
- Accreditamento delle attività formative ECM tramite proprie determinazioni dirigenziali
- Apertura di un c/c regionale quale capitolo di spesa del proprio Ufficio
- Predisposizione il Piano Formativo ECM Regionale (PFER) per il biennio 2008/2009
- Certificazione del debito formativo ECM degli operatori della sanità della Regione Basilicata, rispetto al primo periodo di applicazione (2002/2007) e quelli successivi.

Con la stessa delibera la Regione Basilicata recepisce l'Accordo Conferenza Stato Regioni (Rep. Atti n. 168/C5R) del 1 agosto 2007, approvato dalla Legge n. 244 del 24 Dicembre 2007.

Va precisato che il Sistema ECM della Regione Basilicata non deve rappresentare "soltanto" un metodo per l'assegnazione del punteggio ECM (crediti formativi), ma un sistema complesso online, per la gestione dell'aggiornamento professionale degli operatori della sanità della Regione Basilicata, affinché si inneschi un processo valutabile di continuo miglioramento delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale, tramite il raggiungimento di specifici obiettivi di salute regionali.

"L'appendice contiene una descrizione dei casi delle Regioni con un'esperienza formativa consolidata e specifica per i ruoli di Direzione Generale, tra quelle partecipanti all'indagine. Non sono state inserite le schede delle Regioni del campione che, per diversi motivi, non hanno svolto corsi di formazione manageriale. I testi dei casi originariamente sviluppati sono stati sintetizzati per consentirne la pubblicazione, sperando di non avere tralasciato informazioni importanti per il lettore."

MAPPATURA DELL'OFFERTA FORMATIVA

L'offerta formativa fornita dalla Regione Basilicata si distingue a seconda che sia stata indirizzata ai Direttori Generali e Amministrativi delle Aziende Sanitarie o ai Dirigenti Sanitari con incarico di Direzione Sanitaria Aziendale o Responsabilità di Struttura Complessa. Di seguito vengono riportate le Delibere di Giunta Regionale facenti riferimento alla formazione relativa alle due categorie sopra menzionate.

- **per Direttori Generali e Amministrativi delle Aziende Sanitarie**

Nel 2002, in ottemperanza alla DGR n.1882 del 4 Settembre 2001, è stato realizzato il primo corso di Formazione Manageriale per Direttori Generali ed Amministrativi di Aziende Sanitarie. Successivamente, nel 2005, in ottemperanza alla DGR n. 3180 del 30 Dicembre 2004, è stato realizzato il secondo corso di Formazione Manageriale per Direttori Generali ed Amministrativi delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata.

- **per Dirigenti Sanitari con incarico di Direzione Sanitaria Aziendale o Responsabilità di Struttura Complessa**

In ottemperanza alla DGR n. 3170 del 30 dicembre 2004 è stato attivato il primo corso di Formazione Manageriale.

In seguito, nel 2006, in ottemperanza alla Determinazione Dirigenziale 20 febbraio 2006, n. 276, è stato attivato il secondo corso di Formazione Manageriale per Dirigenti Sanitari con incarico di Direzione Sanitaria Aziendale o Responsabilità di Struttura Complessa della Regione Basilicata – Sede di Potenza.

La gestione dei corsi di formazione è stata affidata all' Università Cattolica del "Sacro Cuore" – Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" di Roma.

REQUISITI PROFESSIONALI RICHIESTI ALLA DIREZIONE GENERALE

Nelle convenzioni effettuate tra la Regione e l'Ente preposto alla formazione sono stati delineati i requisiti, di seguito elencati, necessari per accedere alla procedura di ammissione ai corsi di formazione:

- Diploma di laurea;
- Esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in Enti, Aziende, Strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso;
- Cittadinanza italiana;
- Godimento dei diritti politici: non possono accedere alla selezione coloro che sono esclusi dall'elettorato politico attivo e coloro che sono stati destituiti dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- Non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 3, commi 91 e 112 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.
- Inoltre, viene specificato che l'incarico di Direttore Generale determina un rapporto di lavoro esclusivo e a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato, di durata pari a tre anni, rinnovabile, stipulato in osservanza alle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile.

DESCRIZIONE CORSI PIÙ RILEVANTI

In riferimento all'ultimo corso di Formazione Manageriale per Direttori Generali ed Amministrativi delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata (anno 2005) si riportano all'interno della tabella 1.4, le informazioni ritenute di interesse rilevante.

Primo Corso Formativo per Direzione Strategica in Regione Basilicata (anno 2005)

TABELLA 1.4

Titolo corso	Corso di Formazione Manageriale per Direttori Generali ed Amministrativi delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata
Anno di realizzazione	Febbraio - Dicembre 2005
Soggetto erogatore	Università Cattolica del "Sacro Cuore" - Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" di Roma
Destinatari	Direttori Generali e Direttori Amministrativi delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, che vi partecipano di diritto; Dirigenti di strutture pubbliche e private in possesso dei seguenti requisiti: <ul style="list-style-type: none"> • Diploma di laurea; • Esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in Enti, Aziende, Strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti alla scadenza del bando
Num. partecipanti previsti dal bando	Numero massimo di partecipanti è fissato in 30 unità - per l'attivazione del corso occorre un numero minimo di 27 unità.
Durata	120 ore da realizzarsi nell'arco di nove mesi secondo lo schema organizzativo predisposto dall'ente erogatore della formazione - in aggiunta 5 ore dedicate alla verifica finale
Num. moduli formativi	12 moduli (10 ore ciascuno): Esame finale: 02.12.2005 In conclusione alle attività d'aula è previsto un modulo di verifica finale dei discenti, dei docenti e di valutazione complessiva del corso (5 ore complessive)
Contenuti	Il programma del corso, elaborato nel rispetto di quanto definito nel D.M./Sanità 1.8.2000 sulla disciplina dei corsi di formazione manageriale per Direttori Generali di Azienda Sanitaria, si propone di fornire ai partecipanti del corso, gli strumenti e le tecniche propri del processo manageriale riferiti prioritariamente alle aree di sanità pubblica, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, gestione economico-finanziaria, risorse umane e organizzazione del lavoro
Modalità didattica	L'attività didattica si articola in: <ul style="list-style-type: none"> • Lezioni frontali • Analisi e discussione di casi didattici, incident e role playing, simulazioni e griglie d'analisi • Lavori di gruppo ed esercitazioni guidate durante i moduli • Verifiche in itinere e finale

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

In riferimento all'ultimo corso di Formazione Manageriale per Dirigenti Sanitari con incarico di Direzione Sanitaria Aziendale o Responsabilità di Struttura Complessa della Regione Basilicata – Sede di Potenza (anno 2006) si riportano all'interno della tabella 1.5, le informazioni ritenute di interesse rilevante.

Nell'ambito del secondo corso di Formazione Manageriale per Direttori Generali ed Amministrativi delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata (anno 2005), sono state previste verifiche in itinere e finale; in particolare, i partecipanti sono stati sottoposti a un colloquio finale sugli argomenti attinenti le domande oggetto di un elaborato rappresentato da un test a risposta multipla sui contenuti del corso.

Inoltre, è stato previsto il rilascio di un attestato finale (con cerimonia di consegna) che certificasse il conseguimento della formazione manageriale in base alle risultanze fornite dall'Università che ha fornito la formazione (nel 2° corso, realizzato nell'anno 2005, l'Università Cattolica del "Sacro Cuore" - Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" di Roma).

Secondo Corso Formativo per Direzione Strategica in Regione Basilicata (anno 2006)

TABELLA 1.5	Titolo corso	Secondo Corso di Formazione Manageriale per Dirigenti Sanitari con incarico di Direzione Sanitaria Aziendale o Responsabilità di Struttura Complessa della Regione Basilicata - Sede di Potenza
	Anno di realizzazione	Marzo-Dicembre 2006
	Soggetto erogatore	Università Cattolica del "Sacro Cuore" - Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" di Roma
	Destinatari	Dirigenti Sanitari, medici, veterinari, odontoiatri, Farmacisti, Biologi, Chimici, Fisici, Psicologi con incarico di Direzione Sanitaria Aziendale o responsabilità di struttura complessa
	Durata	120 ore da realizzarsi nell'arco di nove mesi secondo lo schema organizzativo predisposto dall'ente erogatore della formazione - in aggiunta 5 ore dedicate alla verifica finale
	Num. moduli formativi	12 moduli (10 ore ciascuno): 31 marzo-1 aprile; 28-29 aprile; 19-20 maggio; 09-10 giugno; 16-17 giugno; 07-08 Luglio; 21-22 Luglio; 08-09 settembre; 29-30 settembre; 06-07 ottobre; 20-21 ottobre; 10-11 novembre; Modulo di valutazione finale: 01-02 dicembre 2006
	Contenuti	Il programma del corso, elaborato nel rispetto di quanto definito dall'Accordo interregionale sulla formazione manageriale del 10 luglio 2003, si propone di fornire ai dirigenti sanitari gli strumenti e le tecniche propri del processo manageriale riferiti prioritariamente alle aree di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, agli indicatori di qualità dei servizi - sanità pubblica, alla gestione delle risorse umane, ai criteri di finanziamento ed agli elementi di bilancio e controllo
	Modalità didattica	L'attività didattica si articola in: Lezioni frontali Analisi e discussione di casi didattici, incident e role playing, simulazioni e griglie d'analisi Lavori di gruppo ed esercitazioni guidate durante i moduli Verifiche in itinere e finale

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

Nell'ambito del secondo corso di Formazione Manageriale per Dirigenti Sanitari con incarico di Direzione Sanitaria Aziendale o Responsabilità di Struttura Complessa della Regione Basilicata – Sede di Potenza (anno 2006), sono state previste verifiche in itinere e finale; in particolare è stata prevista la presentazione dei risultati relativi alla valutazione della qualità del corso e l'effettuazione della prova di verifica sui contenuti dello stesso. A tal proposito, i partecipanti sono stati sottoposti a un colloquio finale che verteva sugli argomenti attenenti le domande oggetto di un elaborato rappresentato da un test a risposta multipla sui contenuti del corso. Ai candidati, che hanno superato l'esame finale, la Regione ha rilasciato un attestato di formazione manageriale secondo il modello definito nell'Accordo interregionale approvato il 10 luglio 2003 e recepito con provvedimento della Giunta Regionale n.2162 in data 24.11.2003, cui è riconosciuta la validità per i fini di cui all'art. 16-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. Inoltre, è stato previsto il rilascio di un attestato finale (con cerimonia di consegna).

NOTE DI SINTESI

I corsi precedentemente organizzati in Regione devono essere sviluppati ulteriormente sotto un profilo qualitativo.

Si rileva la necessità impellente di organizzare in sede percorsi formativi per la Direzione Generale, Amministrative e Sanitaria ma anche per responsabili di Unità Organizzative Complesse. L'ultimo corso, come emerge da quanto esposto, risale al 2006.

B. EMILIA ROMAGNA

AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE (ASSR)

L'assetto organizzativo e le dinamiche programmatiche sono definite nella LR 23 dicembre 2004, n. 29 "norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale".

In questo articolato contesto si colloca l'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR).

Gli organi dell'Agenzia, l'organizzazione e le aree di competenza sono definite dall'art.43 della LR 24 marzo 2004, n. 6 e dalla regolamentazione contenuta nelle deliberazioni della Giunta n. 1914/2005 e n. 293/2009.

L'ASSR funge da supporto tecnico e regolativo a sostegno del SSR e del Sistema integrato di interventi e servizi sociali.

È dotata di autonomia organizzativa ed operativa, nell'ambito degli indirizzi adottati dalla Giunta, alla quale risponde della sua attività.

Le funzioni dell'Agenzia sono molteplici, quella rilevante per le finalità del presente progetto è l'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione, attuata attraverso lo svolgimento di attività di formazione generale del personale socio sanitario e per specifiche professionalità.

L'ASSR è per legge titolata alla formazione, ferma restando l'attività formativa specifica promossa da ogni singola azienda sanitaria e le attività specifiche promosse dall'Assessorato.

La declinazione in attività è demandata all'Agenzia stessa attraverso i propri piani di attività.

Il Piano anno 2008 del "Sistema comunicazione, documentazione e formazione" prevedeva tra le diverse finalità quella di realizzare iniziative informative e percorsi di formazione continua per operatori e dirigenti sanitari finalizzati in particolare al governo e allo sviluppo dei processi di innovazione e di miglioramento dell'assistenza e curare la gestione delle funzioni istituzionali regionali di promozione, accreditamento e valutazione dei programmi di Educazione continua in medicina (ECM).

In questo ambito si colloca **la funzione di centro di formazione per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria e sociale che si è tradotta nell'organizzare**, secondo le indicazioni del DM agosto 2000, il III Corso Mario Nironi³ per l'Alta dirigenza del Servizio sanitario regionale rivolto ai Direttori generali delle Aziende sanitarie della regione e ai Responsabili dei Servizi della DGSPS, di cui si parlerà più approfonditamente in seguito.

Si puntualizza che sulle discipline non sanitarie in Emilia Romagna altre strutture universitarie organizzano corsi più specificatamente master di I e II livello:

- Master di I livello in *Diritto Sanitario - Ordinamento e management dei servizi sanitari e sociali*, organizzato dalla Scuola di specializzazione in studi sull'Amministrazione Pubblica - Università di Bologna;
- Master di II livello *La valutazione della qualità dei sistemi socio-sanitari vista dal lato del cittadino*, Università di Bologna Prof. Costantino Cipolla - Ordinario di Sociologia
- Master I livello in *Programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari* presso l'Università di Bologna Facoltà di Medicina e Chirurgia – Scuola superiore di politiche per la salute Prof. Maria Pia Fantini

Questi elementi evidenziano una notevole vivacità da sempre mostrata - in ambito universitario e SSR - per le tematiche socio-economiche in Regione Emilia-Romagna.

La Regione pur presentando una avanzata ed articolata organizzazione in ambito di formazione

³ Il corso è intitolato ad un già direttore amministrativo dell'ASR deceduto prematuramente.

per i dirigenti ed i direttori generali, non è stata sino ad ora coinvolta in alcuna forma di collaborazione codificata interregionale, né la ASSR è stata sollecitata in tal senso da altre Regioni.

STORIA DELLA FORMAZIONE NELLA REGIONE

La cura, l'interesse per la formazione e la comprensione che la formazione rappresenta lo strumento attraverso il quale veicolare il cambiamento e promuovere culture diverse favorendo la formazione di una identità e cultura comune è testimoniata dall'innovativo Master in Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari realizzato e diretto da Mario Zanetti rivolto ai Dirigenti Sanitari ed Amministrativi delle UU.SS.LL. della Regione Emilia - Romagna, attuato in collaborazione con l'Università di Montreal e le quattro Università dell'Emilia-Romagna [Università degli studi di BOLOGNA, FERRARA, MODENA E REGGIO EMILIA, PARMA. a partire dal 1992 fino al 2000 (anno della morte del Prof. Zanetti)].

Il corso è stato ripetuto per nove edizioni agevolando la creazione di funzioni gestionali nuove nelle ASL (programmazione, controllo di gestione, qualità), introdotte dalla seconda riforma sanitaria (dlgs 52/92) e promuovendo la cultura aziendalista, il concetto di programmazione, di lavoro per obiettivi e controllo dei risultati.

Il master – anche a detta degli operatori intervistati – ha posto le basi per la dirigenza attuale del SSR. Molti di quelli che oggi sono direttori generali, amministrativi e sanitari hanno partecipato al master.

Quest'osservazione può spiegare ed aiutare a capire il livello di autogestione raggiunto nell'organizzazione dei corsi successivi.

CORSO MARIO NIRONI

Al termine del percorso iniziato dal Prof. Zanetti, il testimone intellettuale ed operativo è passato al prof. Francesco Taroni, all'epoca Direttore Generale dell'Agenzia.

Nel 2001 è stata organizzata la prima edizione del Corso conclusasi nel 2002 e nel biennio 2003-2004 la seconda.

La prima edizione era destinata ai soli DDGG, mentre la seconda aveva previsto la partecipazione anche dei direttori amministrativi e sanitari.

L'obiettivo generale del corso era di rafforzare la coesione dell'alta direzione regionale rispetto agli indirizzi di politica sanitaria che ispirano il SSR e di sviluppare la cooperazione delle strutture sanitarie, fra di loro e con la Regione.

Le competenze, capacità ed esperienze degli alti dirigenti delle Aziende sanitarie costituiscono una delle principali risorse per lo sviluppo della cultura e della pratica della gestione aziendale in sanità.

Il corso era, pertanto, prevalentemente basato su iniziative di tipo interattivo, in cui gli spunti formativi deriveranno dal confronto e dallo scambio con e tra i partecipanti.

Il percorso formativo proposto era pensato in una prospettiva dinamica e con una continuità di iniziative negli anni successivi anche per estendere la condivisione dei temi trattati e la cultura di riferimento.

I primi corsi, organizzati a Villa Pallavicini (sede staccata dell'Università di Bologna, San Lazzaro di Savena), prevedevano anche una formula residenziale (venerdì-sabato) ed una strutturazione a moduli al termine dei quali era previsto che i partecipanti elaborassero per l'incontro successivo un documento/esercizio che poi sarebbe stato oggetto di discussione plenaria e confronto, creando in questo modo una continuità tra il tema precedente e quello successivo.

3° CORSO MARIO NIRONI

La terza edizione del corso, organizzata dal 29/2/2008-13/3/2009, ha avuto come direttori il

dott. Roberto Grilli e il dott. Leonida Grisendi (Direttore generale della Direzione generale Sanità e politiche sociali).

Per volontà esplicita dell'assessore e dei direttori del corso, che volevano creare un ambiente che rafforzasse il gruppo e il ruolo, sono stati coinvolti i solo DDGG ed i direttori apicali dell'assessorato.

Sono stati invitati pertanto gli 11 DDGG delle ASL, i 5 DDGG delle Aziende ospedaliere, due DDGG degli IRCCS e i 14 Direttori dei servizi afferenti alla direzione generale sanità e politiche sociali.

È stata inoltre prevista la partecipazione del neo direttore generale dell'Istituto Zoo Profilattico. Rispetto ai colleghi l'acquisizione del titolo rappresentava per quest'ultimo un requisito stringente, preteso dalla Regione Lombardia - regione in cui ha sede l'istituto - entro 18 mesi dalla nomina.

La partecipazione media è stata di circa 21-22 persone, di cui 5 della DGSPS. Dei partecipanti 4 erano donne e 17 uomini.

È stato mantenuto inalterato il luogo di realizzazione del corso, anche se l'organizzazione ha presentato molte differenze di seguito dettagliate. Sono stati realizzati 8 moduli per un totale di 12 giornate corrispondenti a 127 ore di cui 45 di auto- apprendimento.

Gli 8 moduli hanno affrontato le seguenti tematiche:

- ricerca, innovazioni ed investimenti;
- contributo delle aziende sanitarie al sistema salute, al contrasto delle disuguaglianze e all'economia;
- accountability delle aziende sanitarie;
- evoluzione delle professioni sanitarie, i cambiamenti nella organizzazione dell'assistenza e gli scenari futuri;
- governo dell'innovazione;
- formazione, sviluppo del capitale intellettuale nel SSR e relazioni con l'Università;

All'interno del corso sono stati inoltre compresi tre convegni per i quali è stata richiesta la partecipazione attiva dei direttori

- "Cure primarie: il contributo della medicina generale" (Bologna, 20 giugno 2008);
- "Innovare per l'umanizzazione delle cure e la dignità della persona: Il caso delle terapie intensive" (Bologna 24 febbraio 2009);
- "I trent'anni del Servizio Sanitario Nazionale: valutazioni e prospettive" (Bologna 14 novembre 2008).

È stato inoltre promosso un incontro con Presidente Giunta e Assessore. Quest'ultimo incontro, fortemente richiesto dai DDGG, è stato allargato a DDAA, DDSS, DirSoc (quest'ultima è presente in quasi tutte le ASL, in linea con quanto previsto dalla L.R. 29/2004, che dà alle ASL la facoltà di istituirlo) e agli altri membri dei Collegi di Direzione.

Pare chiaro che il numero relativamente alto di DDGG e dirigenti dell'assessorato avrebbe reso difficile pensare di allargare il corso ad altre figure, quali ad esempio DDAA e DDSS o direttori ASP. Inoltre risulta chiaro come il percorso formativo sia pensato in corso di mandato e non abbia unicamente la finalità di permettere al partecipante di acquisire il titolo previsto, ma di mettere a fattore comune esperienze e approcci di gestione.

Il corso ha rappresentato un'occasione di aggregazione forte tra i direttori. Ciò è confermato dal fatto che è stato frequentato anche da chi aveva partecipato a precedenti edizioni. La partecipazione ripetuta non è solo spiegata dal "dover esserci" ma anche - e soprattutto - dal fatto che i DDGG la ritengono un'occasione di confronto e "sviluppo del gruppo" importante.

Dall'intervista con le responsabili della segreteria didattica e organizzativa del corso è emerso con forza un approccio partecipato e condiviso dell'organizzazione di questo 3° corso.

È stata predisposta una fase di progettazione pre-corso che ha coinvolto i due direttori del corso, oltre alle intervistate e 3 o 4 DDGG, che è esitata nella elaborazione di un programma di massima. Poi tale proposta è stata concretamente negoziata in apertura del corso, con una mattina dedicata esplicitamente a questo.

La negoziazione ha riguardato contenuti, modalità didattiche ma anche il “taglio” da dare alla formazione sia in termini del punto di osservazione da dove parto per trattare il tema, ovvero qual è il punto di osservazione utile per un direttore generale nell'affrontare un determinato tema. Infine, all'inizio del corso sono stati formati dei gruppi, ciascuno con il mandato di progettare un modulo (e cioè una giornata) di contenuti.

L'attribuzione ai gruppi non è stata “ordinata” ma è nata spontaneamente da un accordo e auto-candidature anche in relazione ai temi specifici trattati. Il gruppo ha fatto la micro-progettazione (programma della giornata, relatori da chiamare, ecc.). Tale micro-progettazione è stata svolta con incontri fatti in Agenzia dai gruppi. È importante rilevare come la partecipazione attiva a questa fase di progettazione sia stata esplicitamente elemento di valutazione dei partecipanti al corso. Spesso i relatori erano gli stessi DDGG, appartenenti al gruppo di progettazione del modulo e comunque salvo una eccezione specifica gli altri erano operatori del sistema regionale.

Per l'incontro conclusivo sono stati coinvolti formatori esterni (Prof. Mario DelVecchio Università di Firenze e Prof. Francesco Longo Università Bocconi). La formula è stata diversa dalle precedenti giornate ed ha previsto una presentazione/discussione sugli scenari futuri del SSN con Francesco Taroni che faceva da discussant ai due relatori.

Una nota a margine riguarda la modalità di partecipazione al corso dei relatori sempre gratuita con il solo rimborso del viaggio. La partecipazione, inizialmente prevista a pagamento a carico dei partecipanti/delle aziende, è poi stata gratuita, con i costi del corso sopportati dall'ASR. In ogni caso trattandosi di un programma strettamente rivolto ai DDGG del SSR la scelta non crea alcun problema. Inoltre il limitatissimo ricorso a relatori esterni e non pagati, l'assenza di study tours o di residenzialità, hanno limitato molto i costi del programma.

Per la 3a edizione l'ASSR ha preparato anche una piattaforma online che nelle intenzioni doveva facilitare lo scambio e la discussione. In realtà però l'utilizzazione è stata “passiva” nel senso che i DDGG hanno recuperato o richiesto materiale/presentazioni più che usato il forum per discutere o per alimentarlo.

La valutazione del corso da parte dei partecipanti è stata fatta - coerentemente con questa progettazione partecipata e con il coinvolgimento diretto dei partecipanti nella docenza - in una sessione finale coordinata dal direttore del corso e dell'ASSR, durante l'ultima giornata del corso stesso.

Le competenze sviluppate non hanno compreso tematiche “soft” e cioè capacità personali quali la gestione dei conflitti, la negoziazione, la leadership, anche se è parso - dall'intervista - che la modalità di lavoro di gruppo scelta dai direttori abbia favorito nella pratica l'affinamento delle stesse.

I contenuti hanno seguito due registri: quello delle visioni/delle prospettive di sistema e quello delle soluzioni organizzative e assistenziali concrete (in quest'ultimo senso sono state ad esempio assai apprezzate le sessioni su modelli assistenziali delle professioni sanitarie, quelle sui programmi volti a ridurre la disuguaglianza sociale, ecc.).

È parso che i direttori generali avessero necessità di capire alcune dinamiche operative per acquisire ulteriori elementi utili alle contrattazioni interne, alla riorganizzazione dei propri servizi ed alle progettazioni integrate nell'ambito delle conferenze provinciali. Dall'intervista è

emerso come di contro avessero un interesse molto più limitato per l'area dell'innovazione, tema di forte attualità per il livello regionale.

A seguito del corso è stato studiato ed organizzato un ciclo di «Incontri regionali sul governo dell'assistenza» fruibili in web cast e accreditare ECM. A tali incontri sono invitati DDGG, DDSS, DDAA più componenti dei collegi di direzione. L'otto maggio 2009 è stato organizzato il primo incontro, con relatrice la prof.ssa Allyson Pollock e discussant il prof. Francesco Taroni (sul tema "L'evoluzione del sistema sanitario inglese: quali insegnamenti?").

VALUTAZIONI SUL PERCORSO E ULTERIORI NECESSITÀ FORMATIVE

È stato chiesto agli intervistati come valutassero il percorso e quali eventuali miglioramenti avrebbero auspicato nelle edizioni future; tre i temi:

- **Format:** si potrebbe pensare a progetti da avviare e poi seguire nel corso del tempo. Il coinvolgimento ottenuto in questa edizione ha spesso riguardato soprattutto i gruppi direttamente responsabili dei singoli moduli;
- **Partecipazione di relatori esterni:** intensificare la presenza di operatori extra-regionali e stimolare i regionali (DDGG ed esperti) ad assumere il ruolo di discussant con il duplice scopo di acquisire informazioni e punti di vista esterni e di ragionare in modo critico sull'impatto di questi nel sistema anche regionale;
- **Temi:** dare più concretezza e più spazio a strumenti e soluzioni gestionali.

NOTE DI SINTESI

L'analisi dei documenti e l'intervista mostrano un sistema coeso e maturo. L'organizzazione del corso secondo un modello partecipato è un esempio di come nel tempo si sia costruito un sistema, una cultura ed una coscienza che permette agli operatori di non subire gli indirizzi regionali, ma di manifestare i propri bisogni, di esplicitare le proprie lacune con l'obiettivo di individuare soluzioni utili al superamento delle stesse.

I corsi per i direttori e l'alta dirigenza, non sono solo visti come una formalità da espletare ma come una opportunità di agire il proprio ruolo in un contesto diverso dalle gerarchie aziendali, aprendo un confronto tra pari.

C. LAZIO

ASSETTO DELLA FORMAZIONE NELLA REGIONE

Al Dipartimento Sociale della Regione Lazio afferiscono otto direzioni, tra cui la Direzione Risorse Umane e Finanziarie del SSR, e tre agenzie. Alla formazione nella Regione è preposto l'Area Risorse Umane e Formazione, in particolare l'ufficio Personale del SSR e Formazione.

LIVELLI DI FORMAZIONE ALL'INTERNO DELLA REGIONE: AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA (ASP) E ASCLEPION

Nella Regione Lazio troviamo tre Livelli di Formazione:

1. Regione, con funzioni di programmazione e coordinamento dell'attività formativa regionale;
2. Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) della Regione Lazio - istituita con L.R. 1/09/1999 n. 16 - con funzioni di:
 - supporto tecnico-scientifico all'assessorato competente in materia di sanità in ordine alla formazione del personale del SSR;
 - può concorrere, se previsto dagli atti regionali di programmazione delle attività formative e dal programma pluriennale di attività, all'aggiornamento e alla formazione del personale del SSR;
 - può concorrere a individuare il fabbisogno formativo del personale del SSR;
 - può collaborare alla programmazione annuale e pluriennale degli eventi formativi;
 - può partecipare agli organismi tecnici a carattere formativo;

ASP Lazio si caratterizza per la realizzazione di percorsi di formazione che comprendano oltre al tradizionale lavoro d'aula una fase applicativa sul luogo di lavoro (training on the job) che aiuti l'azienda ad utilizzare la formazione come uno strumento atto a garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la partecipazione del personale coinvolto in percorsi clinico-assistenziali.

Ambiti d'intervento di ASP Lazio:

- Formazione Interna e Istituzionale legata al Piano di Rientro
 - Sicurezza e Qualità
 - Formazione Manageriale
 - Formazione degli amministratori locali
 - Formazione dei cittadini
 - Formazione su committenza
 - Formazione a catalogo
 - Progetti di ricerca sulla formazione degli adulti e strumenti innovativi.
3. Asclepion SCPA⁴ (Consorzio Regionale per la Formazione Continua in Sanità) con funzioni di:
 - promozione e diffusione di buone pratiche e di una cultura manageriale nel sistema

⁴ Il tema della formazione in sanità ha ricevuto un grande impulso dalla decisione ministeriale di istituire, nel 2002, la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina, gestendo quindi un rigoroso sistema di valutazione e accreditamento dei progetti e degli eventi formativi.

In coerenza con il progetto nazionale, la Regione Lazio ha scelto una risposta strutturale, consorziando in Asclepion le 12 Aziende Sanitarie Locali e le 4 Aziende Ospedaliere a diretta gestione regionale. Dal

sanitario regionale, con ricadute positive sulla qualità dell'assistenza offerta e sull'efficienza nella gestione;

- nell'ambito del programma ECM del Ministero della Salute, promuove l'aggiornamento professionale degli operatori del SSR, attraverso l'organizzazione di attività formative rivolte agli operatori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Lazio.

STORIA DELLA FORMAZIONE ALLA DIREZIONE GENERALE

Nel contesto regionale si è assistito, negli ultimi mesi del 2006, a profondi cambiamenti legati non solo al piano di risanamento ma ad una consistente riorganizzazione della rete ospedaliera con conseguente necessità di ristrutturazione della formazione in sanità. Si tratta di supportare i processi di riqualificazione del personale impegnato nelle nuove strutture assistenziali denominate Presidi Territoriali di prossimità (PTP), il potenziamento dell'assistenza domiciliare, l'integrazione sociosanitaria, l'incremento di Hospice e Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

In breve, la proposta di attività formativa sarà caratterizzata da interventi sul campo in grado di modificare i comportamenti professionali, la cui selezione può derivare solo dall'analisi delle prove di efficacia, dal contesto e dalle attitudini dei professionisti locali. Tale attività devono essere integrate con le strategie per il miglioramento della qualità assistenziale. Infatti, poiché rappresentano solo uno degli interventi in grado di modificare i comportamenti professionali, le attività di formazione devono essere inserite in una strategia multifattoriale il cui obiettivo è il miglioramento dell'appropriatezza di prestazioni sanitarie, della qualità assistenziale e, più in generale, degli esiti.

Una prima applicazione di tale impostazione è il piano di formazione regionale orientato al raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro, predisposto attraverso la collaborazione Laziosanità-ASP, Aziende sanitarie, Asclepion e Uffici regionali.

Nella seduta del 12 febbraio 2007 la Giunta Regionale approva il Piano di Rientro che prevede (in riferimento all'Obiettivo Operativo 1.1 *Individuazione dei fabbisogni, ridefinizione e riqualificazione dell'offerta*) la centralizzazione delle attività di formazione orientata al raggiungimento degli obiettivi di Piano e individua, quali risultati attesi, la razionalizzazione della spesa per formazione, ottimizzazione e finalizzazione dei percorsi formativi.

La formazione, si configura quale leva strategica a supporto dei cambiamenti culturali, gestionali e professionali attesi, e si realizza attraverso iniziative congruenti con le sfide del contesto socio-economico che la regione dovrà affrontare.

In relazione alle specificità delle istituzioni proponenti, all'interno dei programmi formativi troveranno spazio opportunità di ricerca-intervento e saranno coniugati a quanto espresso nel Piano Regionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2006/2007 (del 19 dicembre 2005). Linearmente ad esso, si proporranno differenti tipologie di attività formativa integrate in una logica di qualità metodologica che si rifà alla formazione sul campo (partecipazione a circoli di MCQ, a progetti di diffusione ed implementazione di linee guida, procedure o protocolli, audit clinici, attività di ricerca, consulenza di processo).

2003, Asclepion opera grazie al patrimonio di conoscenze e competenze presente nelle Aziende consorziate, avendo costruito un sistema continuo di confronto e progettazione con le Unità Operative responsabili dei piani formativi aziendali.

Le Aziende consorziate, mantenendo piena autonomia culturale e gestionale, si avvalgono di Asclepion come punto di incontro, struttura tecnica comune, contribuendo al suo successo con proposte ed iniziative di eccellenza da "mettere a sistema", o recependo attraverso Asclepion le indicazioni regionali su temi specifici.

MAPPATURA DELL'OFFERTA FORMATIVA

L'offerta formativa fornita dalla Regione Lazio si presenta variegata, di seguito vengono riportate le DGR relative all'attivazione dei corsi di formazione manageriale per Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere.

- DGR n. 609 del 04.07.2003 Oggetto: "Corso di Formazione Manageriale in materia di Sanità Pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria dei Direttori Generali, Direttori Amministrativi e Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e del Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico per il Lazio e la Toscana".
- DGR n.540 del 18.06.2004 Oggetto: "3° Corso di Formazione Manageriale in materia di Sanità Pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria dei Direttori Generali, Direttori Amministrativi e Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere"; con la suddetta delibera si affida alla Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, l'organizzazione del 3° corso di formazione Manageriale per i Direttori Generali, per i Direttori Amministrativi e Sanitari delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, considerato il prestigio Scientifico e l'alta qualificazione riconosciuta a livello nazionale; gli oneri annessi al corso sono a carico dei partecipanti al corso.
- DGR n.340 del 18.03.2005 Oggetto: "Corsi di formazione manageriale ai sensi del D.P.C.M. 31/5/01, n.319. Integrazione del trattamento economico del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle Aziende sanitarie"; con la suddetta delibera si riconosce ai Direttori Generali, ai Direttori Sanitari ed ai Direttori Amministrativi delle Aziende sanitarie una integrazione del trattamento economico annuo ai sensi degli articoli 1 e 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.502 del 19 luglio 1995, così come modificato dal successivo D.P.C.M. n. 319/01 in relazione a corsi di formazione manageriale promossi dalla Regione presso la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione ed ai quali i suddetti partecipano per esigenze connesse al proprio ufficio; inoltre stabilisce che:
 - la suddetta integrazione sarà pari alla spesa sostenuta ai fini della frequenza ai corsi di formazione e, in ogni caso, non potrà superare l'importo massimo stabilito nei richiamati articoli;
 - la corresponsione dei suddetti importi da parte delle Aziende sanitarie avverrà a seguito di riscontro della regolare frequenza ai corsi di formazione mediante l'attestazione rilasciata dalla Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione.
- D.G.R n.328 DEL 06.06.2006 Oggetto: "4° Corso di formazione Manageriale in materia di Sanità Pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria dei Direttori Generali, Direttori Amministrativi e Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere"; con predetta delibera si affida alla Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, l'organizzazione del 4° Corso di Formazione Manageriale per i Direttori Generali, per i Direttori Amministrativi e Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, considerato il prestigio scientifico e l'alta qualificazione riconosciuta a livello nazionale.
- D.G.R. n. 684 del 26.07.2005 Oggetto: "Avviso pubblico per l'acquisizione di disponibilità per la nomina dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie del Lazio e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (I.Z.S.) delle regioni Lazio e Toscana. Presa d'atto degli elenchi redatti dalla Commissione di Esperti ex art. 8 della legge regionale 16 giugno 1994 n.18 e successive modificazioni".

DESCRIZIONE CORSI RILEVANTI

I corsi di formazione sono stati organizzati dalla Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione (SSPA).

La SSPA progetta, organizza e gestisce il Corso di formazione manageriale, previsto dall'art. 3

bis, comma 4, del D.L.vo 229/99, in sanità pubblica ed organizzazione e gestione sanitaria diretto ai Direttori generali, Direttori amministrativi e sanitari delle Aziende sanitarie ed ospedaliere del Lazio.

Il Corso, articolato in cinque moduli per 30 giornate d'aula (n. 120 ore di didattica), si svolgerà in conformità al relativo programma didattico, che forma parte integrante e sostanziale della convenzione.

Sono ammesse, in corso di svolgimento e di comune accordo, variazioni nel contenuto delle tematiche relative al Corso, fermo restando il totale delle ore di didattica previste.

Di regola, la durata della giornata d'aula è di n.4 ore pomeridiane per due giornate settimanali, salvo diversa determinazione assunta in relazione alle esigenze di servizio dei partecipanti ed al raggiungimento degli obiettivi didattici.

Il corso si concluderà entro 6 mesi, salvo gli esami finali con tesi e colloquio.

INDIRIZZO DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA E ATTIVITÀ A CONCLUSIONE DEL CORSO

L'indirizzo dell'attività formativa, i contenuti e le metodologie didattiche sono stabiliti dalla SSPA, sulla base delle esigenze di formazione fornite dalla Regione in fase di progettazione, consone con gli obiettivi del committente e con i soggetti destinatari del corso.

I coordinatori didattici nonché i docenti da impegnare nell'attività didattica sono designati dalla SSPA in conformità alle norme che regolano la propria attività istituzionale.

A conclusione del Corso i partecipanti che abbiano seguito il numero totale delle ore previste dovranno sostenere un colloquio finale teso a verificare il grado di proficua acquisizione degli strumenti e delle tecniche propri del processo manageriale.

La SSPA, dopo l'espletamento del colloquio finale, trasmetterà alla Regione, per ciascun candidato l'attestazione circa l'esito del colloquio medesimo e una dichiarazione sui giorni di effettiva frequenza.

La Regione si impegna altresì a comunicare a ciascun partecipante la relativa quota di partecipazione che dovrà essere versata per intero entro 30 giorni dall'inizio del corso, pena l'esclusione, presso la Tesoreria provinciale dello Stato, sul capitolo 3695 (capo X) dello stato di previsione dell'entrata denominato "somme dovute da Regioni, Province, Comuni ed Enti pubblici a carattere nazionale alla SSPA per l'organizzazione dei corsi di formazione e di aggiornamento del proprio personale direttivo da iscrivere in bilancio in reintegro alle spese sostenute dalla predetta Scuola per conto delle stesse Amministrazioni ed Enti".

Di seguito, all'interno della tabella, vengono riportate le informazioni relative al corso attivato.

Corso Formativo per la Direzione Strategica in Regione Lazio

TABELLA 1.6	Titolo corso	Corso di Formazione Manageriale in materia di Sanità Pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria dei Direttori Generali, Direttori Amministrativi e Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e del Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico per il Lazio e la Toscana".
	Anno di realizzazione	2004
	Soggetto erogatore	Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione (SSPA)
	Obiettivi	Mirati ad approfondire le conoscenze delle logiche e degli strumenti manageriali finalizzati ad esercitare le funzioni dirigenziali apicali con la necessaria preparazione
	Metodologie	Partecipazione e comunicazione di esperienze in funzione delle capacità organizzative e gestionali
	Durata	120 ore articolate in 30 giornate, ciascuna di 4 ore orientativamente pomeridiane per due giornate a settimane alterne

NOTE DI SINTESI

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 indica le priorità di intervento e le metodologie didattiche più opportune a sostegno dei processi di cambiamento, privilegiando esperienze di apprendimento sul campo e vincolando la formazione a esigenze precise in alcuni ambiti.

La riorganizzazione e la ristrutturazione della rete ospedaliera hanno creato una maggiore necessità di riqualificare il personale impegnato nelle nuove strutture assistenziali denominate Presidi Territoriali di Prossimità (PTP), il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare, l'Integrazione Sociosanitaria e l'incremento di Hospice e Residenze Sanitarie Assistenziali.

D. LIGURIA

La Regione Liguria mantiene costantemente aggiornato l'elenco degli idonei alla nomina a direttore generale delle aziende sanitarie (aziende USL ed aziende ospedaliere).

Possono richiedere di essere inseriti nell'elenco i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 3-bis, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni: a) *diploma di laurea*; b) *esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso*. Per esperienza quinquennale di direzione tecnica o amministrativa verrà considerata esclusivamente l'effettiva attività di direzione - svolta a seguito di formale inquadramento nella qualifica di dirigente - di strutture organizzative, escludendo le funzioni di mero studio, ricerca, ispezione.

Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo ed è regolato da un contratto di diritto privato stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile e in conformità allo schema approvato dalla giunta regionale. Il direttore generale dura in carica tre anni, prorogabili a cinque per una sola volta e l'incarico può essere rinnovato. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo. Non possono essere nominati direttori generali coloro che si trovino nelle condizioni previste dall'art. 3, comma 11, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni. La carica di direttore generale è, inoltre, incompatibile con la sussistenza delle condizioni previste dall'art. 3, comma 9 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e dall'art. 66, comma 1 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267. In caso di nomina il candidato dovrà presentare, entro quindici giorni dalla comunicazione, la certificazione comprovante il possesso dei requisiti di cui all'art. 3-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e di quanto asserito nella dichiarazione sostitutiva allegata alla domanda da produrre in originale o copia conforme all'originale. In difetto non si procederà alla stipula del contratto.

Entro diciotto mesi i direttori generali nominati devono produrre il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e organizzazione e gestione sanitaria, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni integrazioni. Il trattamento economico è quello stabilito con la deliberazione della giunta regionale n. 1208 del 19 ottobre 2001.

STORIA DELLA FORMAZIONE ALLA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ NELLA REGIONE

La formazione rivolta ai DG è esternalizzata. Dal 2000 sono stati avviati due corsi di formazione per i DG (a cui hanno partecipato anche i Direttori Amministrativi e i Direttori Sanitari): il primo si è tenuto nel 2001 (ente erogatore formazione Bocconi) e il secondo nel 2006/2007.

Il secondo, rivolto ai Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari delle Aziende sanitarie liguri, ai sensi del D.M. 1° agosto 2000, è iniziato nel dicembre 2006 e si è concluso nel luglio 2007. I partecipanti sono stati circa trenta.

Il soggetto attuatore è stato individuato con la Delibera della Giunta Regionale n. 1070 dell'11/10/2006. La società erogatrice nasce agli inizi degli anni '90 come gruppo di ricerca interdisciplinare e internazionale finalizzato a sviluppare organizzazioni in cui è piacevole lavorare. L'Istituto eroga inizialmente formazione manageriale per le organizzazioni private. Dal 1995 si occupa anche di formazione manageriale di dirigenti pubblici. Oggi l'istituto è centro di riferimento in Europa per lo sviluppo e la diffusione dell'approccio neurosistemico, opera come ponte tra istituti di ricerca e mondo aziendale per analizzare i processi di apprendimento degli individui, dei gruppi e delle organizzazioni e metterne a fuoco analogie e interdipendenze. Hanno erogato corsi per la Regione Liguria e per la Regione Emilia Romagna.

VALUTAZIONI SUL PERCORSO E ULTERIORI NECESSITÀ FORMATIVE

Considerazioni sulla formazione erogata in Regione Liguria da parte dell'Ente preposto

L'erogatore della formazione ritiene che dal 2000 i contenuti dei corsi rivolti ai Direttori Generali della Sanità non siano cambiati molto, anche perché imposti dalla normativa; ritiene tuttavia che ci sia molta più attenzione alle metodologie didattiche.

“Dopo che in alcune Regioni i Direttori Generali “si sono alzati e se ne sono andati”, adesso anche le Regioni sono più attente a pianificare corsi adatti per l'apprendimento degli adulti (coaching, lavori di gruppo, apprendimento attivo, action learning...) e a non trattare più il DG come se fosse uno studente dell'Università”.

Ritiene, altresì, che nel corso erogato per la Regione Liguria, il loro Istituto abbia introdotto due elementi di novità: il primo legato al contenuto e il secondo alla metodologia didattica.

Considerazioni sulla formazione erogata in Regione Liguria da parte della Regione

La valutazione di questo corso di formazione è stata mediamente positiva anche se si ritiene che sia necessaria una visione più ampia, maggior equilibrio tra aspetti economico, giuridici e change management, oggi troppo sbilanciata in quella direzione.

L'approccio utilizzato ha permesso un forte interscambio di conoscenze tra i partecipanti ma poco tra partecipanti e docenti.

I corsi dovrebbero prestare maggiore attenzione ai contenuti. Si ritiene auspicabile un maggior equilibrio tra nozioni aziendalistiche/ gestionali (più utile al medico che ha fatto carriera) e tecniche (più utile all'aziendalista che è entrato da poco nel settore Sanità). Dovrebbero essere in grado di creare un linguaggio comune.

Un altro tema che dovrebbe essere inserito nei corsi è l'analisi del territorio di riferimento sotto il profilo della domanda e anche delle condizioni logistiche (il territorio in Liguria è molto più impervio rispetto a quello di altre regioni).

I corsi di formazione manageriale presenti su tutto il territorio dovrebbero maggiormente garantire uno standard elevato di qualità. Si ritiene utile una sistematizzazione della formazione in Sanità tramite partnership pluriennali con poli di formazione d'eccellenza (e non scegliere di volta in volta l'erogatore migliore).

Analizzando le metodologie formative utilizzate si ritiene che in questi corsi dovrebbero essere utilizzate sia metodologie innovative e attive sia metodologie tradizionali (“anche qualche “sana” nozione serve”- didattica tradizionale).

Infine analizzando le competenze ritenute chiave per un DG, che dovrebbero essere maggiormente trasmesse tramite la formazione, sono la capacità di programmazione dei servizi nel medio periodo, le conoscenze gestionali, la gestione dei servizi in rete e la capacità di tenere le relazioni.

NOTE DI SINTESI

In questa Regione si è riscontrata una forte attenzione alla formazione, non solo come atto meramente formale e obbligatorio. La Regione ritiene che lo strumento formativo sia molto importante per colmare eventuali lacune dei neo direttori generali e per prepararli correttamente al loro incarico.

I corsi per i direttori e l'alta dirigenza, non sono solo visti come una formalità da espletare ma come una opportunità di agire il proprio ruolo in un contesto diverso dalle gerarchie aziendali, aprendo un confronto tra pari.

I corsi dovrebbero prestare molta attenzione ai contenuti sia aziendalistici/ gestionali che tecnici e dovrebbero essere erogati con metodologie didattiche non solo attive come è successo durante l'ultima esperienza vissuta. Sia l'ente erogatore sia la Regione hanno un'opinione positiva sul creare dei poli di eccellenza della formazione dislocati anche in diverse aree dell'Italia.

E. LOMBARDIA

PREMESSA

Prima fra le regioni italiane, la Lombardia ha affrontato il problema della formazione e aggiornamento permanente delle figure manageriali, dei dirigenti con posizione strutturale di vertice, degli operatori ai quali sono affidate responsabilità di direzione e coordinamento, del personale da coinvolgere nella realizzazione di progetti strategici del settore sanitario.

Una convenzione quadro con I.Re.F.⁵ ha permesso di progettare e realizzare, tra il 1983 e il 1999 ben 11 piani di attività formative che hanno coinvolto in modo sistematico quadri, dirigenti e personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.

È stato così possibile incrementare le attività di tipo manageriale, sviluppare le capacità tecnico professionali e accrescere le conoscenze giuridico amministrative del personale dipendente, favorendo un migliore governo del dinamismo istituzionale e dello sviluppo tecnico scientifico che hanno caratterizzato, in questi ultimi anni, le istituzioni sanitarie pubbliche nella regione.

Contemporaneamente I.Re.F., riordinato con la LR 39/1997, ha visto consolidate, in un quadro di autonomia amministrativa, organizzativa e contabile, le peculiari prestazioni di progettazione, di gestione e valutazione degli interventi di formazione, acquisendo così la competenza della erogazione delle attività formative.

La Direzione Generale Sanità nel perseguire gli obiettivi di razionalizzazione del Servizio Sanitario regionale connessi al processo di aziendalizzazione e, comunque, nell'ottica dei principi della LR 31/1997⁶, ha avvertito l'importanza di affiancare alle azioni strategiche per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, interventi formativi rivolti al raggiungimento di risultati di efficacia gestionale e di competitività qualitative dei servizi erogati. In questa prospettiva, considerata in particolare l'esigenza di assicurare anche ai fini di quanto stabilito dal DPR 484/1997 con modalità organica e programmata la formazione e l'aggiornamento sia dell'alta dirigenza aziendale sia del restante personale dirigente del servizio sanitario regionale, è stato deciso di dar vita a una struttura capace di rispondere alle necessità formative dei dirigenti pubblici avvalendosi del contributo delle Università e delle Istituzioni pubbliche e private in piena coerenza, sul piano dei contenuti, dei programmi e dei risultati, con gli obiettivi indicati dalla Direzione Generale Sanità.

Nell'ottobre del 1999 viene firmata una nuova convenzione quadro nel cui contesto è stata espressamente prevista la costituzione di una Scuola di Direzione in Sanità (SDS), quale sede distaccata dell'I.Re.F. dotata di autonomia gestionale e contabile, presso il Presidio Ospedaliero Bassini dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo dei Tintori di Monza.

Ispirandosi al principio della sussidiarietà, la Scuola è stata strutturata in modo da valorizzare e favorire la partecipazione e il contributo di enti esterni, pubblici e privati, capaci di assicurare progetti altamente qualificati. La maggior parte dei corsi, sono infatti affidati a Università ed istituzioni pubbliche e private in sintonia con gli obiettivi posti dalla Direzione Generale Sanità e nella prospettiva di creare un sistema regionale di formazione della dirigenza della pubblica amministrazione.

⁵ L'Istituto Regionale lombardo di Formazione per l'amministrazione pubblica (I.Re.F) è l'ente strumentale di Regione Lombardia che dal 1983 è preposto all'erogazione di attività e servizi formativi per la varietà delle Amministrazioni Pubbliche dislocate su tutto il territorio.

⁶ "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali".

Dal 2004 I.Re.F. è Provider per l'erogazione di attività formativa che prevede il rilascio di crediti ECM, alla luce del quanto indicato della D.G.R. n° 18756 del 5 agosto 2004 (Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM in Lombardia)⁷ in tema di regionalizzazione del sistema di Educazione Continua in Medicina.

LA SCUOLA DI DIREZIONE IN SANITÀ (SDS)

L'istituzione da parte della Regione Lombardia della *Scuola di Direzione in Sanità* nasce dall'esigenza di assicurare con modalità organica e programmata la formazione e l'aggiornamento sia dell'alta dirigenza aziendale sia tutto il restante personale dirigente e di superare pregresse impostazioni formative frammentarie non rispondenti a reali necessità del personale.

Scopo peculiare della Scuola, in parallelo all'obbligo di assolvere al mandato della formazione manageriale a forte connotazione normativa quale quella finalizzata all'esercizio delle funzioni dirigenziali nelle Aziende Sanitarie, è l'attivazione di specifici piani regionali che, facendo propria la valenza strategica del processo di formazione manageriale, consentano di modulare il comportamento organizzativo delle aziende sanitarie attraverso la motivazione degli uomini, la definizione di lavoro per obiettivi, la gestione del cambiamento in sanità.

La Scuola si è costituita come "broker" formativo, fondata sui principi di sussidiarietà e di libera scelta; SDS deve essere sussidiaria in quanto non sostitutiva ma promotrice e, al massimo, regolatrice di un sistema formativo già molto ricco in termini di competenza e capacità. Nella sua funzione di broker è garante del corretto svolgimento dei corsi, ma lascia la libertà ai partners nel definire le modalità specifiche di erogazione. Deve altresì permettere la libera scelta da parte dei partecipanti così da non imporre un'unica impronta culturale. SDS non si occupa dell'erogazione diretta dell'attività didattica; questa viene demandata agli erogatori, secondo specifiche procedure che la Scuola definisce in fase di macroprogettazione. Compito della Scuola è quello di individuare quali competenze dovrebbero e possono essere effettivamente acquisite dai partecipanti al corso nei tempi e secondo modalità stabilite dalla normativa in materia e, di riflesso, definire attraverso la macroprogettazione "chi" "deve fare cosa", "come" e "quando".

L'esigenza di coinvolgere sistematicamente con interventi formativi il personale dirigente dei diversi ruoli giuridici e delle diversificate tipologie di strutture organizzative aziendali corrisponde alla necessità di potenziare le competenze della risorsa personale per governare la complessità dell'organizzazione sanitaria, i livelli di responsabilità e la flessibilità data dalla variabilità della domanda e relativa adattabilità della risposta.

I.Re.F., da sempre impegnato a dare una risposta consapevole e pragmatica di innovazione e di rilancio culturale, nell'anno 2000 ha proceduto all'implementazione del sistema qualità certificato ISO 9001 per la progettazione ed erogazione di servizi di formazione per il settore pubblico. I responsabili dell'I.Re.F. e della SDS si sono impegnati ad elaborare e adattare le norme alla peculiarità delle singole attività svolte dai diversi settori, ottenendo, inoltre, nel febbraio 2003 la certificazione VISION.

Attualmente il numero complessivo di Direttori (Generali, Sanitari, Amministrativi, Sociali) è di 162 unità; con la sola esclusione dei 4 Direttori Scientifici delle Fondazioni (che possono però aver fatto il corso di formazione manageriale anche se non richiesto per l'espletamento dell'incarico) tutti hanno fatto o stanno facendo il percorso manageriale di base previsto dalla normativa; la numerosità delle aziende lombarde e quindi degli incarichi di direzione fa sì che tendenzialmente ogni anno si svolga almeno una edizione di corso rivolto agli aspiranti Direttori di Azienda.

⁷ In Regione Lombardia il modello ECM ministeriale si caratterizza invece per essere un sistema di monitoraggio dello sviluppo professionale continuo del personale (Continuing Professional Development).

L'iter di selezione dei Direttori Generali è quello indicato dal D.L.vo 502 articolo 3-bis comma 4 nel quale si prevede che i Direttori di ASL ed AO debbano produrre, entro diciotto mesi dalla nomina⁸, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria; non sono richieste, da parte di Regione Lombardia, esperienze pregresse in qualità di Direttore. Ogni aspirante deve compilare richiesta al fine di essere inserito in un Albo dei Direttori Generali che ad oggi consta di circa 550 iscritti.

Anche per i Direttori Sanitari e per i Direttori Amministrativi sono applicati i tradizionali principi previsti dalla legge:

- l'art 1 del D.P.R. 484/99 per i requisiti di accesso alla direzione sanitaria aziendale unitamente alla previsione di corsi di formazione manageriale (già requisito per incarico di direzione sanitaria aziendale - art. 7);
- l'articolo 3-bis comma 9 per i Direttori Amministrativi aziendali dove l'incarico è subordinato alla frequenza di uno dei due corsi sopra citati.

La legge 31/99 di riordino del SSR, disponendo una forte integrazione dell'attività del Servizio sanitario Regionale con le attività dei Servizi Sociali delegate alle ASL da Comuni, Provincie e dalla Regione, prevede la nomina di un Direttore Sociale nell'ambito della direzione generale di ogni ASL, con incarico conferito con i medesimi criteri già indicati nei predetti articoli di legge. Anche la nomina alla carica di Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo e Direttore Sociale non richiede esperienze pregresse; dal 2008 si sta approntando l'Albo per i Direttori Sanitari e l'Albo per i Direttori Amministrativi. Nulla invece è specificato per i Direttori Sociali.

I dati forniti da SDS in merito alle caratteristiche dei Direttori Generali in carica alla data odierna sono i seguenti:

- primo incarico: 14 Direttori Generali, di cui 3 di ASL e 11 di AO,
- provenienza: tutti entro la Regione Lombardia,
- anzianità nel ruolo: minimo 5 anni - massimo 13 anni (con esclusione dei nuovi nominati),
- titolo di studio: Medicina, Economia, Ingegneria, Giurisprudenza, Scienze Politiche, Psicologia, Biologia,
- età media: 55 anni.

La Regione Lombardia, mediante l'opera di SDS, eroga corsi di formazione manageriale per i Direttori Generali dal 2000 in rispondenza a quanto previsto dal D.lgs 229/99.

Successivamente, ha recepito il testo dell'accordo Stato Regioni del 2000 (D.M. Sanità 1 agosto 2000) relativo alla impostazione del sistema formativo per i ruoli di direzioni generali della Sanità, nonché l'accordo tra Ministero della Salute, Regioni e PPAA. sui criteri per la reciprocità di validità dei corsi di formazione manageriale tra Regioni, del 10 luglio 2003.

Dal 2000 ad oggi SDS ha organizzato annualmente corsi rivolti alla Direzione Generale delle Aziende in accordo con le linee strategiche della Direzione Generale Sanità, nonché ulteriori seminari di approfondimento studiati ad hoc per i Direttori Generali e/o la direzione generale, validati con provvedimenti di Giunta Regionale.

La certificazione delle conoscenze manageriali è conseguita attraverso un percorso formativo di 190 ore alle quali si devono aggiungere le ore degli eventuali moduli propedeutici (circa 70 ore)

⁸ A questo proposito si veda quanto deliberato dalla Giunta Regionale, e successivamente qui riportato, sul tema dell'obbligatorietà della formazione manageriale preventiva alla nomina di Direttore Generale (DGR 399 23 luglio 2009).

e le ore necessarie all'elaborazione di un progetto che costituisce parte integrante del modulo valutativo finale che non sono preventivamente quantificabili. La partecipazione ad uno o entrambi i moduli propedeutici è decisa da I.Re.F. – SDS a seguito della valutazione del curriculum del candidato.

Il certificato dura 7 anni al termine dei quali è necessario ripetere il corso e rivalidare la certificazione, come anche indicato nella Deliberazione regionale n° VII/18576 del 05/08/2004 “Linee di indirizzo per l’attivazione del Sistema ECM in Lombardia”, sempre nella medesima D.G.R. si precisa che “le attività di formazione relative al mantenimento della validità del Certificato di formazione manageriale dovranno comunque essere finalizzate ad obiettivi formativi di interesse nazionale e/o regionale e dovranno essere quantificate in non meno di 45 crediti formativi in un triennio”.

Le prime certificazioni rilasciate da SDS il 7 febbraio del 2002 sono in scadenza e pertanto la necessità di nuove tipologie di interventi formativi è ormai indispensabile, specialmente per tutti coloro che in questi anni hanno effettivamente ricoperto incarichi direzionali in sanità.

Con il progetto di legge n° 339/09 approvato dalla Giunta del Consiglio Regionale in data 23 luglio 2009 sono state apportate alcune modifiche alla legge 31/97 sul riordino del Servizio Sanitario Regionale: una delle importanti variazioni riguarda proprio la formazione manageriale dei Direttori Generali in quanto l’inserimento nell’elenco degli idonei alla carica di Direttore Generale è subordinato al possesso del certificato di frequenza al corso manageriale o all’attestato di formazione manageriale per l’accesso alla direzione sanitaria. Mantengono la qualifica coloro che alla data di entrata in vigore della legge sono già inseriti nell’elenco.

Ad oggi I.Re.F – SDS ha rilasciato 636 certificati per Direttori di azienda sanitaria.

Il modello di organizzazione dell’attività formativa predisposto da SDS prevede che i corsi di formazione siano diretti da I.Re.F. - SDS, ma siano erogati da Università con comprovate competenze nell’ambito della formazione manageriale in sanità.

LA PROCEDURA DI QUALIFICAZIONE DEI PROGETTI DI FORMAZIONE MANAGERIALE

Durante il mese di maggio SDS presenta e pubblica sul proprio sito⁹ il bando per la partecipazione di soggetti formatori esterni all’erogazione dei corsi di formazione manageriale. In considerazione della dinamicità e della complessità dell’organizzazione SDS il bando contiene una “Procedura per la qualificazione dei progetti di formazione manageriale” che viene rivista annualmente. La procedura è il mezzo che SDS adotta per esercitare il potere sussidiario nei confronti dei soggetti erogatori. Il documento fornisce gli indirizzi generali relativi alle attività formative non direttamente gestite; riporta le indicazioni, le logiche, i principi ed i meccanismi operativi a cui tutti devono attenersi per la gestione delle attività; illustra gli obiettivi formativi di ciascuna tipologia di corso, la strutturazione dei percorsi sia in termini di durata di ogni modulo che in riferimento alle specifiche modalità di erogazione cui il soggetto erogatore dovrà riferirsi nel progetto operativo.

La procedura si configura come documento guida necessario ai partners per predisporre, annualmente, il programma didattico.

In seguito alla presentazione dei programmi formativi da parte dei soggetti, SDS procede alla valutazione di quanto presentato, verificandone l’attinenza rispetto alle indicazioni contenute nella procedura di qualificazione. I corsi accreditati entrano a far parte dell’offerta formativa che SDS pubblica sul proprio sito, generalmente durante il mese di settembre.

Dal 2003 SDS si avvale di un gruppo di lavoro costituito dai Coordinatori Scientifici dei corsi

⁹ www.irefonline.it/sds

accreditati per provvedere all'aggiornamento degli obiettivi formativi in relazione all'evoluzione normativa e organizzativa del sistema sanitario regionale. Tali revisioni sono finalizzate a mantenere attuali le competenze richieste ai manager della sanità rispetto ad un sistema in continua evoluzione.

L'ISCRIZIONE AI CORSI SDS

I soggetti interessati alla partecipazione ai corsi possono scaricare dal sito la scheda programma e la scheda formatori e verificare, tra i corsi proposti, quello che presenta gli argomenti, i docenti, la calendarizzazione e la sede più confacente ai propri bisogni.

Dopo circa un mese dalla presentazione dell'offerta formativa ogni interessato ha la possibilità di esprimere un proprio iniziale interesse alla partecipazione ai corsi attraverso la modulistica di preiscrizione, in cui sono richiesti i dati personali e l'indicazione dell'ordine di preferenza dei corsi cui vorrebbe partecipare. I dati forniti durante questa fase si costituiscono come la base sulla quale formare una graduatoria di merito fra tutti coloro che risultano interessati ai corsi e da utilizzarsi nel caso in cui le richieste di partecipazione ad un'edizione siano superiori rispetto ai posti disponibili.

La classe è quindi formata tenuto conto delle scelte dell'edizione da parte dei partecipanti eventualmente, secondo graduatoria.

Per il corso di Direttori di Azienda Sanitaria è questa la fase in cui SDS determina se il candidato deve seguire i moduli propedeutici ai contenuti manageriali al fine di completare la propria formazione.

Generalmente entro il mese di novembre è possibile visualizzare sul sito le classi formate e confermare la propria preiscrizione per la definitiva immatricolazione.

Qualora si rendessero disponibili posti nelle edizioni attivate a causa di mancate immatricolazioni, si procede all'ammissione di eventuali esclusi, secondo la graduatoria di merito e le opzioni esercitate per le edizioni dai formandi.

All'atto dell'immatricolazione il dirigente sottoscrive con SDS un "patto formativo" in cui dichiara di essere a conoscenza degli obiettivi formativi che il corso intende perseguire e delle modalità di svolgimento delle edizioni a cui partecipa, di impegnarsi a seguire con profitto e puntualità tutti i momenti formativi e valutativi previsti. I corsi generalmente hanno inizio nel mese di febbraio di ogni anno.

Ad oggi le strutture accreditate da SDS, ovvero le "agenzie formative" che rispettano le procedure di selezione, sono:

1. Università Cattolica del Sacro Cuore e Politecnico di Milano – MIP,
2. Università Carlo Cattaneo – LIUC di Castellanza,
3. Università Commerciale Luigi Bocconi – SDA Bocconi,
4. Università degli Studi di Bergamo,
5. Università degli Studi di Brescia,
6. Università degli Studi di Milano Bicocca,
7. Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano,
8. Consorzio pavese per gli studi post universitari nell'area economico aziendali,
9. C.S.G. Srl, società di consulenza strategica gestionale.

L'offerta formativa proposta da SDS, relativamente all'ambito della ricerca, è così composta:

- **Corso per Direttori di Azienda Sanitaria (DIAS)**

Il corso si rivolge a coloro che aspirano a ricoprire gli incarichi di Direttore Generale di azienda, Direttore Amministrativo di azienda, Direttore Sanitario di azienda e Direttore Sociale di azienda.

Il corso si rivolge a dirigenti di struttura complessa delle aree sanitaria, tecnica e amministrativa di

aziende sanitarie pubbliche e private e a laureati con esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in Enti, Aziende, strutture pubbliche o private in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

L'obiettivo del corso è contribuire a formare le capacità manageriali che oggi sono richieste, attraverso un percorso formativo che pone l'enfasi sui processi di erogazione dei servizi, sulla gestione dei processi di cambiamento e di gestione dell'innovazione. Occorre mettere i DIAS nelle condizioni di definire e attuare il piano strategico dell'azienda sanitaria. A tal fine è stata prevista l'articolazione di diversi moduli formativi che si avvalgono di competenze multidisciplinari.

In una prima fase si va dalle conoscenze di base del sistema azienda ad alcune nozioni preliminari nel campo della medicina. I moduli successivi, invece, entrano nel merito delle conoscenze, delle tecniche e degli strumenti di direzione delle aziende sanitarie.

Il ruolo istituzionale della SDS è quello di garantire uno standard qualitativo di tutti i corsi e di consentire una pianificazione ed attuazione degli interventi sistematica, uniforme ed organica nonché trasparente, di garantire la massima efficacia ed efficienza in rapporto alle risorse disponibili, di assicurare una coerenza e congruenza sia interna ad ogni corso che tra i vari corsi attivati. Accanto a questo, è suo compito diffondere le linee guida di politica sanitaria lombarda fornendo elementi di inquadramento e contestualizzazione di interesse regionale in coerenza con il suo mandato istituzionale; per questo motivo la SDS cura direttamente la progettazione e l'erogazione del modulo di politica sanitaria e del modulo valutativo e organizza e gestisce la valutazione finale sul formando, così come meglio verrà esposto nel settimo capitolo relativo alla valutazione.

La microprogettazione dei corsi è demandata ai soggetti erogatori; loro compito è quello di elaborare un progetto formativo dettagliato. Nella definizione della microprogettazione i partners devono attenersi alle prescrizioni contenute nella procedura di qualificazione, che, oltre agli obiettivi formativi, riporta indicazioni riguardo a requisiti minimi di progetto e ai criteri per l'individuazione dei responsabili dell'erogazione.

Gli obiettivi formativi e, conseguentemente i contenuti, sono differenziati a seconda che i partecipanti siano di prima nomina, oppure siano Direttori che già stanno espletando il loro mandato. Tramite la Scuola di Direzione in Sanità, la Direzione Generale dell'Assessorato alla Sanità organizza dei workshop informativi relativi alle linee strategiche regionali, i cui fornitori sono indicati/selezionati dalla Direzione Generale Sanità oppure sono dirigenti della stessa Direzione Generale Sanità.

IL PROGRAMMA FORMATIVO

L'attività didattica è programmata in modo da favorire l'apprendimento attraverso la didattica interattiva, il lavoro di gruppo e lo studio di casi specifici dell'ambito socio-sanitario. L'edizione di ogni corso prevede che le prime quattro ore di ogni edizione siano dedicate per la dichiarazione degli obiettivi nonché per la somministrazione del test di ingresso. Durante le ultime quattro ore di lezione, invece, sarà effettuata la verifica del raggiungimento degli obiettivi dichiarati e la somministrazione del test finale. La scelta dell'Ente formatore e dell'edizione a cui partecipare avviene sulla base di una graduatoria redatta da SDS. Sulla base dei dati forniti la SDS costituisce una graduatoria assegnando ad ogni candidato un punteggio sulla base dell'anzianità maturata nella direzione tecnica o amministrativa in Enti, Aziende, strutture pubbliche e private in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane tecniche o finanziarie secondo quanto espresso nella DGRVI/4763 del dicembre 1999 e nella DGRVI/49304 del 31 marzo 2000. In ogni caso hanno la priorità in graduatoria i candidati già compresi nell'elenco degli idonei all'incarico di Direttore Generale di azienda Sanitaria formato dall'Assessorato della Sanità della Regione Lombardia. La frequenza al corso è obbligatoria e la percentuale richiesta per ognuno dei moduli è pari almeno all'80% delle ore di didattica prevista.

All'interno dei corsi elaborati e messi in atto dai soggetti formatori sono previste delle figure che partecipano all'evento formativo assumendosi la responsabilità del buon esito dell'attività, sulla base delle specifiche competenze e del ruolo ricoperto: coordinatore scientifico e tutor di aula. Il periodo di formazione si conclude con la presentazione e la discussione da parte di ciascun formando di un progetto elaborato in aziende sanitarie italiane o straniere, singolarmente o in gruppo.

Attualmente in Regione Lombardia non esiste un sistema di "certificazione" della formazione delle competenze dei Direttori Generali spendibile a livello interregionale o nazionale. L'output del percorso formativo è un certificato di formazione manageriale che viene rilasciato in relazione al superamento del test finale, della partecipazione al corso e della valutazione attribuita al project work finale presentato dall/i partecipante/i.

La tabella seguente illustra una sintesi del percorso formativo previsto per i Direttori Generali e per la Direzione Strategica.

Corso Formativo per la Direzione Strategica in Regione Lombardia

Titolo del corso	Corso di formazione manageriale per Direttore di azienda sanitaria (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo e Direttore sociale)
Anno di realizzazione	Annualmente la Scuola di Direzione in Sanità presenta edizioni del corso sopra indicato.
Contenuti	Politica sanitaria, analisi e programmazione strategica e operativa, tecniche e strumenti di direzione per le aziende sanitarie, gestione delle risorse (risorse umane, risorse strumentali, risorse economico-finanziarie)
Destinatari	Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi e Sociali in carica. Il corso si rivolge a coloro che aspirano a ricoprire gli incarichi di: <ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale di Azienda • Direttore Amministrativo di Azienda • Direttore Sanitario di Azienda • Direttore Sociale di Azienda <p>La partecipazione al corso è quindi consigliata a Dirigenti di Struttura Complessa delle aree Sanitaria, Tecnica e Amministrativa di Aziende Sanitarie Pubbliche e Private e a laureati con esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.</p>
Soggetto erogatore	Soggetti pubblici e privati accreditati da SDS che abbiano i requisiti come da procedura di qualificazione di SDS
Metodologia didattica	Aula, casi, testimonianze, visite
Numero partecipanti inviati	Massimo nr. 30 partecipanti ad edizione
Numero partecipanti effettivi	SDS eroga corsi di formazione per direttori di azienda dal 2000. Ad oggi sono stati rilasciati nr. 636 certificati per Direttori di azienda sanitaria
Valutazione media ricevuta	Media 7,5 (scala valutazioni da 1 a 9)

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

Iniziative IREF-SDS per la Direzione Strategica in Regione Lombardia (2000-2009)

Anno	N° corsi	N° partecipanti
2000 - 2001	48	1473
2002	27	764
2003	18	470
2004	20	461
2005	12	258
2006	8	238
2007	10	234
2008	7	181
2009	8	220
Totale	158	4299

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

L'ATTIVITÀ FORMATIVA REALIZZATA PER LE DIREZIONI GENERALI

L'elenco completo delle iniziative I.Re.F. - SDS per i ruoli di direzione generale dal 2000 al 2009 è indicato nella tabella 1.8.

Dal 2000 sono stati tenuti 158 Workshop per i ruoli di direzione e per i Direttori di Struttura Complessa, ospedaliera e territoriale, ad integrazione del certificato del 2001.

L'INIZIATIVA FORMATIVA PIÙ RECENTE REALIZZATA

Nel mese di ottobre 2008 sono stati realizzati tre distinti Laboratori formativi per Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori di Dipartimento al fine di rendere possibile per il top management relazioni anche interpersonali sul piano internazionale.

A questo proposito è stata scelta la realtà israeliana in quanto rappresentate di un sistema simile a quello italiano ma con risultati complessivi di grande efficacia ed efficienza, relazione resa possibile da un Protocollo d'intesa siglato tra la Regione Lombardia e il Governo dello Stato di Israele. Il titolo dei Laboratori è stato "Etica, Clinica ed Economia nel governo dei moderni sistemi socio-sanitari".

NUOVE COMPETENZE E SPUNTI PER IL FUTURO

Le competenze da sviluppare nel prossimo futuro riguardano tematiche che rafforzino la conoscenza e l'integrazione del sistema regionale unitamente a tutte le competenze che attengono maggiormente alla sfera relazionale e alla sfera innovativa soprattutto in ottica di visione sistemica della Sanità lombarda, sempre più caratterizzata da una molteplicità di erogatori e da una richiesta di sempre maggior qualità da parte dell'utente.

Le capacità di generare gioco di squadra e di esercitare attivamente una leadership costruttiva sui collaboratori sono caratteristiche che, in un sistema maturo, generano la differenza tra strutture e incidono soprattutto nel clima organizzativo che si respira nelle organizzazioni sanitarie, riflettendosi, inevitabilmente, sulla performance aziendale.

Ulteriore aspetto da monitorare continuamente, per apportare miglioramenti nella formazione manageriale degli apicali, è la valutazione della possibile trasferibilità, del reale trasferimento e delle successive ricadute sull'organizzazione di quanto è appreso nei corsi. Questo aspetto è complesso non solo a livello procedurale ma, anche e soprattutto a livello concettuale: si tratta di capire se e quanto i formandi ritengono possibile applicare quello che hanno acquisito in aula alla propria realtà lavorativa, in che tempi e agendo su quali variabili organizzative.

Se questa richiesta è forse il livello più semplice da indagare, perché consiste nel chiedere al partecipante se quanto è stato trattato si avvicina alle sue problematiche lavorative e, quindi, se è ritenuto utile e applicabile, il passo successivo mostra già maggiori problemi.

Riuscire a verificare se effettivamente, a distanza di tempo, i soggetti hanno applicato le conoscenze acquisite e, se queste hanno determinato dei cambiamenti nel comportamento lavorativo e nei risultati raggiunti, richiede un notevole investimento di tempo e di risorse da parte dell'ente regionale responsabile della formazione.

Estremamente significativa potrebbe essere la costruzione di un sistema nel quale la ricaduta della formazione sia misurata anche mediante i risultati aziendali conseguiti nel corso dell'incarico: la formazione si deve integrare con le performance organizzative al fine di guidare la scelta delle nomine o i cambiamenti nei vertici delle aziende da dirigere in funzione di una maggior o minore complessità della struttura sanitaria e dei processi di lavoro.

La verifica del livello di ricaduta dell'intervento sull'organizzazione nel suo complesso comporta che l'indagine sia finalizzata a capire se, quanto e come l'esperienza formativa abbia determinato un cambiamento anche sul funzionamento dell'organizzazione da cui provengono e a cui appartengono i formati: il problema è quello di individuare quanto il miglioramento registrato nei singoli, e nel sistema aziendale nel complesso, si traduca in un miglioramento nel funzionamento dell'organizzazione, ovvero se i bisogni cui la formazione ha tentato di dare risposta a livello personale corrispondono a quelli della realtà organizzativa.

Le difficoltà ad operare una simile rilevazione sono evidenti: la complessità aziendale contempla una serie di variabili sicuramente non isolabili dall'intervento di formazione e che rendono praticamente impossibile stabilire con sicurezza quali eventi siano determinati in modo certo dall'avere

partecipato all'esperienza formativa. Tuttavia, nella misura in cui un'organizzazione è costituita da persone ed è portatrice di cultura, la stessa non può essere totalmente indifferente ai cambiamenti indotti dall'azione formativa; ricercando consapevolmente e ragionevolmente gli ambiti di lavoro su cui la formazione può aver avuto una forte influenza.

Rendere la formazione manageriale sempre più vincolante ai fini della selezione dei manager della sanità comporta la creazione di un modello che certifichi formalmente le competenze acquisite, con una forte sinergia tra i contenuti formativi e la strategia della Direzione Generale Sanità.

La valutazione annuale del Direttore Generale si dovrebbe essenzialmente basare sul raggiungimento di risultati nei diversi ambiti di governo delle Aziende Ospedaliere o delle Aziende Sanitarie, misurati con appositi indicatori e standard di performance.

La certificazione delle competenze è un punto di estrema attualità e di fondamentale interesse, ma alquanto delicato. Un primo aspetto è fare chiarezza su cosa si intende per certificazione, ovvero se è solamente un sinonimo di certificato di frequenza o implica qualcosa in più in termini di contenuto dell'attestazione. Se così fosse la certificazione dovrebbe essere un elemento distintivo, non erogabile e conseguibile da tutti al fine di non "sminuirne" il valore. Un processo per le certificazioni in oggetto dovrebbe attestare un sapere, ma soprattutto un saper essere e un saper fare da rilevare in modo accurato e oggettivo (ad es. più valutazioni fatte da più commissioni). I vantaggi sarebbero ovviamente indubbi, anche se l'implementazione a livello regionale implicherebbe sforzi e costi importanti.

L'attività formativa finalizzata al conseguimento della certificazione dovrebbe essere affiancata da uno studio individuale e personalizzato che ciascun partecipante dovrebbe/potrebbe sviluppare a partire dai propri punti di debolezza, dal proprio percorso professionale e di esperienze. Ad oggi l'effettivo utilizzo dei materiali formativi aggiuntivi (testi, fad, ecc.) messi a disposizione dei partecipanti ai corsi non è considerato molto alto, anche se le metodologie didattiche usate dai formandi sono strumenti che SDS ha intenzione di rivedere, nell'ottica del miglioramento e dell'innovazione del metodo.

Aree di miglioramento dichiarate dalla Regione e da I.Re.F.– SDA riguardano le tecniche formative scelte dagli enti accreditati perché si modifichi il mix delle attività, ovvero tramutare delle ore d'aula con momenti di visita presso altre aziende nazionali o internazionali per un confronto sulle modalità di affronto dei problemi gestionali e sui sistemi operativi in esse vigenti.

Quanto detto sino ad ora e, in considerazione della numerosità dei partecipanti, nonché della molteplicità delle realtà aziendali di provenienza, rende evidente l'impossibilità per SDS di attuare un simile sistema di rilevazione.

La Scuola, consapevole dell'importanza della valutazione delle ricadute e dell'applicabilità degli apprendimenti in azienda, ma, altresì, delle difficoltà oggettive e della complessità metodologica insita in tale forma di rilevazione, attualmente non può che limitare il suo raggio di azione nel chiedere ai partecipanti il proprio personale giudizio di applicabilità.

F. PIEMONTE

La Giunta Regionale con Delibera n°15 - 11108 del 30 marzo 2009, ha indetto un pubblico avviso per l'aggiornamento dell'elenco dei candidati in possesso dei requisiti per la nomina a Direttore Generale di Azienda sanitaria regionale, da utilizzare per la copertura delle sedi che si dovessero rendere vacanti.

I requisiti di riferimento sono quelli previsti nell'art.3 bis, comma 3, lett. b), del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., ovvero diploma di laurea; esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione del presente avviso.

STORIA DELLA FORMAZIONE NELLA REGIONE

Dall'intervista e dai numerosi documenti forniti a supporto, si evince che con DGR62-7503 dd 19/11/2007 sono state attuate modifiche al sistema regionale per la formazione continua in sanità e l'istituzione del sistema di accreditamento ECM regionale, frutto di una articolata attività promossa da un gruppo di lavoro istituito presso l'assessorato e formato da professionisti dei servizi di formazione provenienti dalle ASL regionali.

Il sistema formativo regionale è caratterizzato da due funzioni principali:

- programmazione e controllo in capo all'Assessorato – agito dalla Direzione Generale del settore organizzazione personale e formazione attraverso il gruppo tecnico regionale;
- accreditamento ECM, svolto per il sistema dall'Agenzia Regionale della sanità ARESS.

La programmazione degli interventi formativi, non è avulsa dal sistema ma rappresenta la sintesi di quanto proposto in sede di Conferenza Regionale per la formazione continua in sanità e dalle linee di indirizzo programmatico definite dall'Assessorato.

La direzione svolge una funzione di governance graduando le priorità degli interventi, predisponendo inoltre un documento di indirizzo strategico per la formazione, costituito da obiettivi e linee programmatiche. La traduzione operativa del documento in attività formative specifiche è demandata ai coordinamenti interaziendali di formazione (5 aggregazioni provinciali). Ogni ASL o ASO ha comunque la facoltà di organizzare corsi formativi dedicati.

L'Assessorato promuove corsi strategici, le cui tematiche hanno valenza regionale in genere e affrontano sia tematiche tecnico-professionali sia temi di organizzazione, di change management, aspetti del governo clinico, etc. È stato predisposto un apposito report sulle attività regionali programmate per il biennio 2008-2009 che contiene anche la descrizione dell'architettura del sistema e degli strumenti di supporto allo stesso (Piattaforma Regionale per l'e-learning e Portale per la gestione della formazione regionale del sistema di accreditamento ECM).

Gli ambiti di riferimento per l'individuazione degli obiettivi formativi sia a livello dei providers (aziende) sia a livello dei corsi regionali, è contenuto nel documento programmatico per il governo del sistema regionale di formazione continua in sanità della regione Piemonte 2009-2010.

Il piano individua 6 ambiti:

- generali, relativi a tematiche organizzative e gestionali che favoriscono l'integrazione;
- governo del sistema, relativi a tematiche di accoglienza, ascolto, costruzione di percorsi e modelli organizzativi;
- promozione della salute e prevenzione;
- integrazione socio-sanitaria e cure primarie, relativi a integrazione gruppi cure primarie, integrazione ospedale e territorio;

- rete ospedaliera;
- competenze informatiche e lingue straniere.

La delibera 22777 del 20 12 2007 individua il tema della formazione manageriale come punto focale per il 2008 così come temi di etica del management.

Il corso di formazione manageriale per direttori di struttura ha avuto diverse edizioni:

- 3 nel 2007;
- 4 nel 2008;
- si ipotizza di realizzarne 3 nel 2009-2010

Gli operatori coinvolti sono stati circa 120 all'anno.

Il corso nel 2009-2010 è stato orientato in due percorsi:

- percorso A: indirizzato a coloro che pur essendo direttori di struttura complessa necessitano di acquisire il titolo
- percorso B: indirizzato ai direttori di struttura complessa ma già in possesso del titolo e quindi con una finalità di manutenzione delle competenze manageriali.

In seguito ad approfondimenti normativi, l'orientamento è di proseguire con l'organizzazione del percorso B, eventualmente allargandolo a dirigenti di struttura semplice interessati ad acquisire competenze superiori.

CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER DIRETTORI GENERALI, DIRETTORI AMMINISTRATIVI E DIRETTORI SANITARI DI AZIENDE SANITARIE

Il corso si è svolto dal 28 febbraio 2008 al 10 luglio 2008.

La partecipazione è stata estesa anche alle Regioni Valle d'Aosta e Liguria. Quest'ultima non ha fruito dell'opportunità.

Il corso era articolato in moduli tematici con una serie di giornate di studio interattivo seguite da seminari su tematiche generali e da una valutazione finale che consisteva nella predisposizione di una tesi individuale o di gruppo.

Le aree tematiche affrontate sono state le seguenti:

- politiche sanitarie;
- organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- criteri di finanziamento e gestione economico-finanziaria;
- gestione risorse umane e strumenti di gestione manageriale;
- modulo specifico per i direttori sanitari.

Il corso prevedeva 150 ore con obbligo di frequenza di almeno l'80% (91 ore di didattica frontale, interattiva e giornate seminariali e 59 ore di lavoro individuale). La composizione dell'orario per i direttori sanitari era la seguente: 12 ore frontali, 38 ore di lavoro individuale. Il corso era strutturato in 4 moduli di 2-3 giornate ciascuno. Ogni modulo era gestito da un coordinatore che si avvaleva di specialisti in relazione ai temi trattati, in alcuni casi appartenenti a settori non sanitari o operanti in strutture sanitarie private.

Il modulo per i direttori sanitari è stato strutturato in 3 giornate dalle 9.00 alle 17.00 con tematiche specifiche legate a analisi dei bisogni di salute della popolazione, profili e piani di salute, governo clinico ed attività di coordinamento con i direttori di presidio, distretto e dipartimento, organizzazione dipartimentale, rischio clinico.

Sono stati realizzati inoltre due seminari multi tematici, uno relativo a Responsabilità ed Etica della dirigenza (partendo dall'evoluzione storico-culturale della responsabilità medica per arrivare all'agire questa in sanità), l'altro sulla manutenzione delle competenze attraverso il sistema

ECM e l'individuazione di prospettive future per la cura e l'accrescimento delle stesse.

La partecipazione è stata la seguente:

- 5 Direttori Generali;
- 9 direttori Amministrativi;
- 13 Direttori Sanitari.

Il corso è nato su richiesta specifica della Regione Piemonte al fine di sviluppare nell'alta direzione aziendale un ragionamento integrato rispetto alla politica, organizzazione e gestione delle risorse, pur avendo un valore amministrativo puro di acquisizione del titolo previsto dal dlgs 502/92.

Il corso era finalizzato a favorire lo scambio di esperienze per sollecitare l'assunzione di ruolo, teso a presidiare intervenendo sui risultati da non confondersi con puro perseguimento degli obiettivi.

C'è un mandato forte dell'Assessorato di realizzare i corsi, prova ne è stata la presenza all'inizio ed alla fine del corso dell'Assessore e del direttore generale.

La progettazione del corso, ovvero la scelta dei professionisti e la metodologia didattica è stata validata dall'Assessorato, a riprova dell'interesse manifestato in questa attività.

VALUTAZIONI SUL PERCORSO E ULTERIORI NECESSITÀ FORMATIVE

I partecipanti hanno espresso un giudizio positivo sul corso anche se hanno manifestato l'interesse ad affrontare in modo più concreto alcuni temi trattati, dedicando più spazio a strumenti e soluzioni gestionali.

NOTE DI SINTESI

L'analisi dei documenti e l'intervista mostrano un sistema articolato dove l'attività programmatica e di controllo sono demandate all'Assessorato e quella propria dell'accreditamento all'AreSS.

La formazione è uno strumento di diffusione della nuova cultura manageriale ed ha rappresentato durante il 2008 il veicolo per favorire il nuovo assetto organizzativo regionale.

Si tende pertanto ad intercettare i livelli medio alti della dirigenza coinvolgendo numeri consistenti di operatori.

Al momento non è prevista la realizzazione di un nuovo corso per i direttori generali.

G. SICILIA

Il Piano Sanitario Regionale della Sicilia 2000-2002, pubblicato nella GURS n. 26 del 2 giugno 2000, ha delegato al CEFPAS l'organizzazione dei corsi di formazione manageriale per DG.

Contenuti, metodologia, durata, e modalità per il conseguimento della certificazione sono in linea con quanto stabilito dal decreto del Ministero della sanità 1° agosto 2000 (GURI n.300 del 27/12/2000) che disciplina i corsi di formazione dei DG delle aziende sanitarie e dall'Accordo Stato-Regioni del 10/07/03. Con i DDAA Sanità n. 3444 del 12 maggio 2004 e n. 3519 del 21 maggio 2004 (GURS n. 25 dell'11/06/04) la Regione Siciliana ha delegato in via esclusiva il CEFPAS, quale ente strumentale nel campo della formazione socio-sanitaria, per la progettazione e la realizzazione dei corsi per i DG. Con il DA Sanità n. 0440/DOE del 21 marzo 2007 l'Assessorato ha confermato per l'anno 2007 la disciplina dei corsi prevista per il biennio 2004 – 2005. In quanto ente strumentale, è stato fatto un affidamento diretto al CEFPAS, "in house", con il sistema del cosiddetto "controllo analogo" e non è stato quindi necessario effettuare un bando. La realizzazione dei corsi di Formazione Manageriale per DS e DA e per Dsoc (Direttore di Struttura Complessa) è stata affidata, oltre che al CEFPAS, ad altre Istituzioni individuate dalla Regione.

Nell'ambito dell'Assessorato della sanità della Regione Siciliana, la formazione manageriale dal 2001 al 2009 è stata una funzione attribuita al Servizio Formazione del Dipartimento Osservatorio Epidemiologico (D.O.E.), costituito in direzione autonoma, che ha dato le direttive in materia. Nel 2009 è entrato a far parte del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico.

È necessario sottolineare il fatto che in Sicilia è in corso il riordino del Servizio sanitario regionale. Dal 1° settembre 2009, in attuazione della Legge Regionale n. 5/2009 l'assetto subisce un profondo cambiamento. Il numero dei DG DS e DA viene ridimensionato a 51, con decadimento al primo settembre 2009 degli attuali DG in carica. Sul numero di DSoc, l'art. n. 11 della stessa legge prevede anche l'istituzione di 20 distretti ospedalieri, dotati di autonomia organizzativa, operativa e deliberativa nell'ambito delle ASP. Preposti a ciascun distretto sono un coordinatore amministrativo ed uno sanitario. La norma non chiarisce se questi 40 dirigenti avranno l'obbligo di partecipare ai corsi di F.M. È evidente però che, per l'importanza del ruolo che ricoprono, dovranno essere certamente coinvolti nel processo formativo.

DESCRIZIONE DELL'ENTE EROGATORE - CEFPAS

Nel 1993 l'Assemblea Regionale Siciliana ha istituito formalmente il CEFPAS, Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario, con la legge n.30/93. Tra i compiti previsti dall'articolo 20 del titolo III, "... Il Centro ha personalità giuridica di diritto pubblico e provvede alla formazione permanente e all'aggiornamento professionale degli operatori socio-sanitari e della scuola, limitatamente all'ambito sociosanitario, in accordo alla programmazione sulla materia elaborata dall'Assessorato regionale della sanità (Omissis)".

Il CEFPAS, quindi come ente strumentale della Regione, non ha ricevuto direttive ulteriori rispetto a quelle già previste dalla normativa generale.

Il Centro è stato quindi dotato di piena autonomia per le scelte di impostazione didattica. Per la definizione del programma specifico, il CEFPAS, su mandato regionale, ha effettuato una rilevazione dei bisogni e ha previsto un incontro, presieduto dall'Assessore regionale per la sanità con tutti gli interessati, ed un'indagine, mediante questionario, sul profilo delle competenze possedute e da acquisire, nell'ambito delle tematiche evidenziate dal regolamento ministeriale. Il programma formativo così elaborato dal Centro è stato approvato nel DA Sanità del 25/08/04, nel

quale si autorizzava il CEFPAS, con sede in Caltanissetta, “alla realizzazione di corsi di formazione manageriale per il biennio 2004/2005”.

In processo quindi ha comportato:

- affidamento di carattere generale;
- presentazione da parte dell’Ente della proposta di programma alla Regione;
- approvazione del programma e della quota di iscrizione al corso;
- gestione da parte del CEFPAS delle domande di partecipazione.

Per quel che riguarda il ruolo della Regione, il D.O.E., come previsto dalla normativa citata, ha effettuato il controllo dello svolgimento dei corsi autorizzati, con verifiche dirette nelle sedi formative. Inoltre, il dirigente generale del D.O.E., ha fatto parte delle commissioni esaminatrici per l’esame finale del corso.

Nella prova di esame finale sono stati discussi gli elaborati scritti, prodotti dai partecipanti, dai quali si è potuto valutare il livello di formazione acquisita, connessa ai propri ambiti operativi. Per ogni edizione il CEFPAS ha prodotto dettagliate relazioni finali che hanno riportato il lavoro svolto.

STORIA DELLA FORMAZIONE ALLA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ NELLA REGIONE SICILIANA

La Regione richiede ai DG e alla Direzione Generale le competenze specifiche previste dalla normativa nazionale, e quindi quelle attinenti al processo manageriale in senso generale, come le capacità di analisi e diagnosi organizzativa, di pianificazione strategica, quelle attinenti al controllo di gestione, alla direzione per obiettivi e alla gestione delle risorse umane.

Dal 2000 in Sicilia è attivo l’ “elenco di idonei alla nomina a DG delle Aziende unità sanitarie locali, Aziende ospedaliere, e Aziende ospedaliero-universitarie della Regione Siciliana”. (Decreto 12/09/00 in GURS n. 43 del 22/09/00 e successive modifiche).

Una selezione preliminare consente l’accesso all’elenco agli aspiranti idonei DG nelle Aziende sanitarie, e viene effettuata da un’apposita commissione con il compito di accertare il possesso da parte dei candidati dei requisiti previsti dal Decreto Legislativo n. 502/93.

Da Maggio del 2009 la Sicilia si è dotata anche di elenchi permanenti, ad aggiornamento periodico, degli idonei alla nomina a DA e a DS delle aziende del servizio sanitario.

Per quanto riguarda la formazione specifica, l’art. 3-bis, comma 4, dello stesso Decreto, come modificato dal D.Lgs. n.229/99, dispone che i DG delle Aziende sanitarie devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. La Regione ha scelto di ammettere, quindi, ai corsi per DG, oltre ai Direttori in carica anche le persone iscritte all’albo degli idonei.

L’indagine sulla percezione e i gap delle competenze è stata condotta nella prima parte del 2003. Tra il 2003 e il 2004 si è svolto il primo corso a cui ne sono seguiti altri tre. Complessivamente sono state organizzate quindi quattro edizioni. Nel 2008 il CEFPAS ha proposto un nuovo programma formativo, sostanzialmente diverso da quello precedente, che fa tesoro dell’esperienza condotta. Al momento è in corso di esame da parte della Regione.

L’idea di fondo della Regione è stata quella di realizzare la formazione manageriale, non mirando agli aspetti tecnico/specialistici. Stessa decisione è stata presa per la formazione dei DS e DA.

Per questo l’impostazione data dal CEFPAS è stata quella tradizionale di “Gestione delle risorse umane, finanziarie e strutturali”, ritenendo tra l’altro che “formazione ai valori, formazione al lavoro di squadra e alla cultura di team”, facciano parte integrante della formazione manageriale. Le occasioni di collaborazione e interazione con altre Regioni per l’erogazione della formazione ci sono state, ma non attraverso un rapporto da regione a regione. C’è stata, per esempio, una collaborazione buona tra il CEFPAS e la Regione Lombardia. Il rapporto è stato però mediato

attraverso la Direzione Generale dell'Assessorato e la Direzione Generale di alcune Aziende della Lombardia. Non c'è stato un accordo formale perché il CEFPAS esclude l'appalto o sub-appalto di parti del programma ad altri soggetti o enti.

DESCRIZIONE CORSO PIÙ RILEVANTE

Mentre il primo ed il quarto corso sono stati rivolti ad aule miste, nelle quali vi era una leggera prevalenza di partecipanti con formazione economico-giuridico e una minore prevalenza di quelli con formazione medico-sanitario, nel secondo e terzo corso si è fatta la sperimentazione di dividere in due aule i sanitari e gli amministrativi.

Non si è ritenuto però opportuno ripetere questa esperienza, perché, anche se sono stati agevolati gli aspetti organizzativi per l'omogeneità degli interessi culturali e professionali, è sorta molto forte l'esigenza di formazione tecnico specialistica, cosa che non corrispondeva agli intendimenti di base della Regione.

In generale, pur essendo comunque corsi standard, durante lo svolgimento, il programma ha previsto delle giornate a disposizione il direttore del corso. Sulla base del dibattito in aula e delle richieste specifiche dei partecipanti, ogni direttore ha utilizzato queste giornate per rispondere a specifici bisogni, che sono stati opportunamente rilevati anche tramite un questionario costruito ad hoc.

Nella progettazione del primo corso è stata determinata l'analisi delle competenze. La rilevazione ha riguardato la percezione sia del grado di possesso di ciascuna delle competenze identificate che utilità della trattazione delle tematiche. Ogni docente ha adottato le linee guida appositamente redatte dal Centro, rispettando la centralità delle peculiarità specifiche dei temi trattati e delle caratteristiche dei discenti.

All'interno delle singole aree tematiche sono stati scelti dei casi aziendali, strutturati in modo da consentire ai partecipanti di applicare con gradualità conoscenze ed esperienze acquisite, favorendo lo scambio di esperienze e attivando modalità efficaci di apprendimento reciproco.

In occasione dell'esame finale sono state poste alcune domande chiave sulla percezione delle criticità del servizio sanitario regionale e nazionale e sul ruolo della formazione. Le risposte date dai partecipanti sono state importanti per la ritaratura delle edizioni successive.

I corsi hanno affrontato le seguenti tematiche: Organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Modelli del sistema socio-sanitario. Gestione del cambiamento. Gestione economico-finanziaria. Economia sanitaria. Sistemi di finanziamento e di tariffazione. Qualità e accreditamento. Appropriatazza delle cure e rischio clinico. Sistema informativo ed informatico. Acquisizione di beni e servizi. Sperimentazioni gestionali e società miste. Gestione delle risorse umane. Gestione del D.Lgs. 626/94 e la responsabilità del DG. Modello sanitario regionale alternativo.

La prima edizione ha visto una durata di 12 moduli con 24 giornate, per un totale complessivo di 165 ore. La seconda e la terza edizione sono state articolate in 13 moduli e un seminario, 27 giornate con 189 ore complessive. L'ultima edizione ha avuto la durata di 12 moduli, una sessione introduttiva e una conclusiva, per 25 giornate e 140 ore.

La media del numero dei partecipanti è di 31 unità.

Riguardo i risultati della valutazione del gradimento, i dati complessivi sono: la I e la II edizione hanno raggiunto un Indice di Soddisfazione (IS) di 75/100, nella III edizione l'IS è stato di 74/100, e nella IV invece di 84/100.

VALUTAZIONI SUL PERCORSO E NOTE DI SINTESI

I risultati delle valutazioni sono stati condivisi con la Regione attraverso rapporti finali, e hanno largamente soddisfatto le aspettative del D.O.E.

Inoltre nelle sessioni d'esame il dirigente generale del Dipartimento, che ha fatto parte delle

commissioni, ha potuto appurare l'alto livello di preparazione raggiunto dai partecipanti. Facendo tesoro dell'esperienza fatta, le aree di miglioramento che ci si propone di apportare sono:

- una sempre maggiore aderenza alla percezione dei bisogni formativi e quindi essenzialmente alle competenze percepite come indispensabili/necessarie per il ruolo di DG;
- una maggiore apertura, dal punto di vista metodologico, verso altre realtà nazionali ed internazionali di eccellenza (non a caso per le future edizioni si farà ricorso a visite guidate);
- un intervento formativo più continuo nel tempo che si pensa di articolare attraverso seminari periodici ed iniziative di aggiornamento.

L'esperienza ha confermato il ricorso a strumenti di e-learning a supporto dell'attività didattica e dell'organizzazione, fatto nelle prime 4 edizioni, perché si è rivelato di particolare utilità. In considerazione dell'età media dei partecipanti, però, il potenziamento di quest'area, con il ricorso a modalità didattiche di tipo blended non lo si ritiene opportuno.

La Regione ha apprezzato tra le proposte migliorative proposte dal CEFPAS, in particolare quella di prevedere degli stage in altre regioni, ad integrazione del percorso. Si ritiene infatti che il confronto con le altre regioni ed il *benchmarking* possa contribuire a rafforzare le competenze già possedute e supportare i cambiamenti che sono previsti dal riordino.

La sensazione dal punto di vista dell'erogatore dei corsi è che la criticità maggiore percepita dai DG in carica; non sia di ordine tematico, ma sia di natura organizzativo/relazionale e risieda nel nodo del rapporto con la Regione. Sembrerebbe che i DG in Sicilia, soprattutto nel passato, abbiano vissuto momenti di grande incertezza nel rapporto col referente istituzionale. E questo è confermato anche dal fatto che, nel periodo al quale i corsi fanno riferimento (2003-2006) non c'era una identificazione chiara delle competenze specifiche che la Regione richiedeva espressamente ai DG e alla Direzione Generale delle Aziende siciliane.

Si ritiene che la formazione in questo senso possa intervenire, mettendo al centro dell'attività l'Assessorato e facendo in modo che si eroghi un'iniziativa organica della Regione, con la continuità legata proprio al mandato, e quale strumento strategico di supporto ai cambiamenti, adattato ai bisogni del management del servizio sanitario siciliano ed al loro livello di competenza.

H. TOSCANA

PREMESSA

La Regione Toscana collabora stabilmente già da anni con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa nel campo della ricerca e della formazione nelle aree di economia e management sanitario.

Il protocollo d'intesa Delibera n. 713 del 20/07/04 fa propri gli indirizzi presenti nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004 all'allegato n° 7, e successivamente convalidati e ampliati nel Piano Sanitario Regionale del 2005-2007 e 2008-2010 che cita: "Il rapporto di collaborazione con la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa per quanto riguarda l'attività di formazione manageriale e di ricerca sulle tematiche di management ed organizzazione dei servizi sanitari si è concretizzato con la costituzione di un Laboratorio di Ricerca e Formazione per il Management dei Servizi alla salute, denominato Laboratorio MeS".

Vari provvedimenti della Giunta regionale, a partire dall'anno 2004, e successivi decreti dirigenziali durante l'anno 2005, hanno sostanziato sia la costituzione degli organi del MES sia l'attività triennale 2005– 2007 che lo stesso ha presentato e che annualmente è stata determinata ed approvata. [...] Il laboratorio MeS ha ampliato notevolmente la sua attività di ricerca e di formazione consolidando il suo ruolo a fianco della Regione Toscana ma anche di altre Regioni nello sviluppo delle logiche di gestione e organizzazione del sistema sanitario regionale da un lato, ma anche dall'altro, aprendosi alla dimensione nazionale e internazionale. L'obiettivo del Laboratorio Management e Sanità è quello di sviluppare gli strumenti e le strategie per il miglioramento organizzativo e gestionale del sistema sanitario pubblico e formare una cultura manageriale e organizzativa nelle istituzioni che lo compongono.

La *governance* del Laboratorio MeS è rappresentata dal Comitato Direttivo, che ha la funzione di supportare le attività e approvare gli atti fondamentali del Laboratorio, e dal Comitato Scientifico, che ha la funzione di indirizzo e supervisione dell'attività scientifica del Laboratorio, nonché di proporre progetti e collaborazioni per rafforzarne il ruolo nel campo della ricerca nel management dei servizi alla Salute. All'interno del Comitato Direttivo trovano rappresentanza, fra gli altri membri, i tre Atenei di Firenze, Pisa e Siena. Dal 2004 il Laboratorio MeS ha attivato iniziative di ricerca e formazione con Istituzioni Sanitarie pubbliche e private a livello regionale e nazionale in linea con gli ambiti di sua stretta competenza:

1. La Formazione Manageriale, per le figure apicali e per gli alti potenziali del Sistema Sanitario Toscano.
2. La Ricerca Applicata, per supportare i soggetti del sistema nel processo di cambiamento organizzativo e nell'innovazione gestionale del sistema.
3. La Valutazione della Performance, per misurare la capacità di ogni azienda sanitaria di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita.

Queste tre funzioni si integrano tra di loro e garantiscono efficacia all'azione del Laboratorio MeS. Il sistema di valutazione della performance, infatti, permette di individuare le criticità gestionali del sistema sanitario toscano su cui impostare sia interventi formativi che progetti specifici di ricerca applicata.

Nell'ambito della Formazione Manageriale, il Laboratorio MeS si propone di fornire, a chi ricopre un ruolo di responsabilità gestionale, opportunità di apprendimento per sviluppare competenze adeguate al processo di cambiamento in atto nella sanità pubblica.

Per rispondere a questo mandato i percorsi formativi sono stati distinti in corsi istituzionali, pro-

mossi su iniziativa del Laboratorio per rispettare gli accordi regionali, e corsi su richiesta delle singole aziende, progettati ad hoc in base ai fabbisogni formativi specifici.

I corsi rivolti ai Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi e del Sociale, ai Dirigenti con Incarico di Direzione di Struttura Complessa e agli alti potenziali delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale rientrano tra i percorsi istituzionali della Scuola Superiore Sant'Anna, ossia sono iniziative che la Scuola considera in linea con la propria missione di servizio al territorio.

IL PIANO FORMAZIONE DEL LABORATORIO MANAGEMENT E SANITÀ

Per il triennio 2008-2010, per rispondere ai fabbisogni formativi della classe dirigente attuale e futura della sanità toscana, il Laboratorio MeS prosegue dunque nell'intento di proporre un pacchetto di iniziative capaci di rispondere alle esigenze dei diversi livelli di responsabilità del sistema secondo quanto concordato con la Regione Toscana.

L'accordo con la Regione prevede che ogni anno vengano svolti, ad anni alterni, rispettivamente o un corso per DG DA DS e DSS ed uno per dirigenti di struttura complessa, o due edizioni del percorso formativo rivolto proprio a quest'ultimi (decreto n. 2663 del giugno 2008 e decreto n. 2054 dell'aprile 2009).

Numero Corsi Formativi per la Direzione Strategica e Dirigenti di Struttura complessa in Regione Toscana (anno 2004-2009)

TABELLA 1.9	Tipologia del percorso formativo	N. edizioni attivate dal 2004 al 2009
	Corso di formazione manageriale per DG, DA, DS e DSS	3
Corso di formazione manageriale per dirigenti di struttura complessa	7	
Corso di formazione per Clinical Risk Managers	3	
Master in Management e Sanità	3	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

Attualmente il numero complessivo di Direttori (Generali, Sanitari, Amministrativi, Sociali) tra Aziende Territoriali e Ospedaliero-Universitarie è di 63 unità e, tra questi, 58 hanno svolto il corso manageriale previsto dalla normativa. Tra i Direttori formati ci sono anche i 3 Direttori Amministrativi degli ESTAV, 8 dirigenti regionali ed i Direttori Generali dell'ISPO, della Fondazione Stella Maris e della Fondazione Don Gnocchi.

Direttori e dirigenti regionali formati in Toscana.

Composizione Direzione Strategica in Regione Toscana (anno 2009)

TABELLA 1.10		DG	DA	DS	DSS	Totale
	AUSL	12	11	10	11	44
AOU	3	5	3	-	11	
ESTAV	0	3	-	-	3	
ISPO	1	0	0	-	1	
IRCCS	2	-	0	-	2	
Dirigenti Regione Toscana					8	
Totale	18	19	13	11	69	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

L'ENTE FORMATORE E L'ORGANIZZAZIONE DEL CORSO

La Regione Toscana, in conformità all'articolo 3-bis del decreto legislativo n.502/1992 e all'articolo 2 del decreto ministeriale del 1° agosto 2000, ha organizzato dal 2002 ad oggi quattro edizioni del corso di formazione manageriale.

La prima edizione, svoltasi nel periodo compreso tra aprile e dicembre 2002, ha previsto un percorso formativo della durata complessiva di 130 ore specificamente indirizzato ai direttori generali delle aziende sanitarie. L'organizzazione del corso è stata curata direttamente dalla direzione generale "Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà" che, su preciso mandato della Giunta regionale, ha impostato un programma formativo caratterizzato da tre grandi aree tematiche ("Le regole del sistema e la pianificazione strategica aziendale", "L'organizzazione e la gestione" e "La valutazione della performance"). Le materie oggetto del corso sono state affrontate e sviluppate attraverso un'impostazione sostanzialmente teorico-pratica di tipo tradizionale che ha lasciato uno spazio marginale alla conoscenza di esperienze particolarmente significative e allo sviluppo di progetti applicativi.

Dalla seconda edizione del corso la responsabilità scientifica del progetto formativo è stata affidata, come già detto, al Laboratorio MeS. Il corso si è svolto tra dicembre 2003 e ottobre 2004 e ha visto la partecipazione dei direttori generali (quelli che, essendo stati nominati successivamente, non avevano partecipato al corso precedente del 2002), dei direttori amministrativi e sanitari delle aziende toscane e due amministratori unici e due segretari dei C.A.V. (Consorti di Area Vasta).

Il programma del corso, articolato su sette moduli ha avuto una durata complessiva di 156 ore per quanto riguarda i direttori generali e di 124 ore per gli altri partecipanti. Rispetto all'edizione precedente è stata posta un'attenzione maggiore agli aspetti pratico-operativi coinvolgendo gli interessati con metodologie fortemente improntate ad una partecipazione attiva e favorendo le possibilità di conoscere e analizzare esperienze significative in sanità.

L'introduzione di un primo modulo svolto in outdoor presso una struttura agrituristica ha permesso, attraverso la permanenza dei partecipanti per due giornate consecutive (compreso il pernottamento), di creare fin da subito un clima favorevole all'apprendimento e di sollecitare nei partecipanti l'esigenza di sentirsi parte di un sistema che fa leva sulla logica del network e del benchmarking.

Per la terza edizione del corso la Regione Toscana ha scelto di proseguire nella linea ideale tracciata dai due corsi precedenti puntando a rafforzare ed implementare ulteriormente quegli aspetti che i partecipanti della seconda edizione avevano concordemente segnalato quali punti di forza dell'esperienza formativa.

È stato prima di tutto deciso di incrementare e rendere qualitativamente migliori le occasioni di conoscenza diretta ed indiretta di esperienze significative in sanità. Nel programma del corso, infatti, sono state previste due autorevoli testimonianze in aula che hanno offerto ai partecipanti la possibilità di acquisire conoscenza qualificata per quel che riguarda i sistemi di valutazione delle performance in sanità nella provincia canadese dell'Ontario e in Olanda. Inoltre sono state programmate in Italia e all'estero visite di uno o più giorni mirate alla conoscenza diretta di esperienze ritenute particolarmente significative in sanità. Tali esperienze hanno costituito poi oggetto di specifici project works che i partecipanti hanno elaborato in gruppo e successivamente presentato nel corso del workshop finale.

L'altro aspetto da evidenziare è quello relativo alla composizione dell'aula.

Un primo cambiamento si delinea fin dalla seconda edizione del corso in cui l'aula era composta non solo da direttori generali, direttori amministrativi e direttori sanitari delle aziende sanitarie toscane ma vedeva la partecipazione di alcuni dirigenti regionali. Uno degli obiettivi del corso è costruire il sistema, nell'ottica di una crescita e di un apprendimento che coinvolge non solo gli organi di vertice delle aziende sanitarie ma anche i dirigenti dell'assessorato alla salute della Regione Toscana. In primo luogo, infatti, sono stati invitati a partecipare i direttori amministrativi e sanitari non solo delle aziende sanitarie e dei neonati enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV) ma anche i direttori delle altre istituzioni sanitarie presenti nel sistema sanitario toscano (Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, Istituto di Fisiologia Clinica CREAS-CNR, Centro per lo Studio e Prevenzione Oncologica), per un totale di 27 partecipanti. Coerentemente con quanto già previsto dal precedente Piano Sanitario Regionale, il piano del

triennio 2005-2007 ha dedicato particolare attenzione allo sviluppo delle competenze degli operatori sanitari: “la formazione a tutti i livelli costituisce una leva essenziale a garanzia della fattibilità di tale processo di innovazione, in quanto strumento finalizzato ad affermare la salute come bene condiviso e comune, a migliorare la consapevolezza e competenza sulla multifattorialità dei determinanti della salute in ambito ambientale, sociale e biologico, ad individuare il ruolo che può essere svolto dalle diverse professionalità a livello integrato per il perseguimento degli obiettivi di salute”. Si sottolinea, quindi, l’assoluta necessità di acquisire anche in questo settore una visione più ampia nel tentativo di superare un punto di vista autoreferenziale e di muoversi rapidamente nella direzione di una sempre maggiore integrazione tra i diversi soggetti che agiscono all’interno del sistema sanitario toscano.

In tema di formazione continua e, in particolare, di formazione manageriale il medesimo paragrafo 4.5 del piano sanitario regionale afferma che al fine di “valorizzare le competenze presenti sul territorio regionale ed in considerazione del livello di complessità degli impegni si ritiene opportuno consolidare la collaborazione con la Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa attivando una sistematica attività di formazione manageriale e di ricerca sulle tematiche di management ed organizzazione dei servizi sanitari, con la finalità di valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario toscano, studiarne le specificità anche in confronto con altri sistemi regionali e internazionali. La Scuola Sant’Anna si impegna ad operare in logica di network con i diversi soggetti che possono dare un contributo utile alla realizzazione di progetti di ricerca e formazione in ambito manageriale.”

La quarta edizione ha recepito da un lato le valutazioni ed i suggerimenti espressi dai partecipanti delle precedenti edizioni, dall’altro ha introdotto un aggiornamento sui contenuti in linea con la rapida evoluzione del sistema sanitario nazionale e regionale che richiede al top management delle Aziende strumenti sempre più mirati per una corretta gestione delle risorse.

A questo proposito è stato dato particolare rilievo alla progettazione dei primi due moduli: il modulo esperienziale in outdoor, incentrato sulle strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse, ha previsto anche l’introduzione di una modalità di apprendimento attivo basata sulla simulazione, attraverso il gioco e la presenza di due docenti facilitatori, delle dinamiche relazionali e dei comportamenti che si innescano nei contesti organizzativi ad alta complessità. Nel secondo modulo le competenze acquisite attraverso l’esperienza sono state sistematizzate grazie ad un approfondimento teorico sugli stili manageriali e di leadership.

Nell’ambito dell’apprendimento mediante l’esperienza rientra anche la partecipazione degli allievi ai viaggi all’estero ed alle osservazioni strutturate nei pronto soccorso toscani ed ai focus group con i pazienti oncologici (cfr. par. “La progettazione del percorso formativo”).

L’ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI

Al momento della progettazione della seconda edizione del percorso formativo, è stato necessario un primo raccordo fra il Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà ed il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant’Anna per valutare le modalità con cui realizzare l’analisi dei fabbisogni.

L’analisi si è posta come finalità di individuare non solo le tematiche di interesse dei singoli intervistati quanto la percezione del ruolo che essi si riconoscono in qualità di staff direzionale e le problematiche ad esso collegate.

A partire dalla II edizione del corso lo strumento scelto per l’analisi è stato quello dell’intervista semistrutturata individuale, il cui costrutto è stato ripreso da quello concordato dal comitato scientifico che si era occupato di progettare la I edizione del corso, aggiungendo allo schema originale le domande specifiche per le diverse figure professionali di riferimento.

La nuova struttura di intervista è stata testata con uno dei direttori sanitari che avrebbero partecipato alla nuova edizione ed è stata discussa con i responsabili della formazione in Sanità della Regione Toscana.

Le interviste sono state svolte presso le sedi aziendali dei Direttori Generali, Sanitari ed Ammi-

nistrativi da due ricercatori della Scuola Superiore Sant'Anna ed hanno toccato i seguenti argomenti:

- informazioni generali (età, tipo di laurea, tipologia e sede del lavoro svolto in precedenza)
- punti di forza e punti di debolezza dell'azienda di riferimento
- parole chiave per definire il proprio ambiente di lavoro
- punti di forza nello svolgimento del proprio lavoro
- competenze, in ordine di priorità, che caratterizzano il ruolo ricoperto dall'intervistato
- criticità maggiori incontrate dall'intervistato nello svolgimento del proprio lavoro
- critiche più frequentemente ricevute dai propri collaboratori
- argomenti ancora da discutere con il Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà e con le altre due figure dello staff direzionale della propria azienda
- esperienze svolte negli ultimi tre anni che potrebbero essere definite come best practices
- istituzione/i sanitaria/e in Italia e/o all'estero che l'intervistato vorrebbe conoscere meglio e perché
- aspettative sul corso
- argomenti da trattare al corso

LA PROGETTAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO

Alla luce dell'analisi dei fabbisogni formativi e con riferimento al D.Lgs. 502/99, il Laboratorio MeS ha proposto un programma formativo che tenesse conto di un numero di ore non inferiore a 120.

Per la progettazione di dettaglio il Laboratorio MeS ha recepito il documento sulla formazione manageriale emanato nel luglio 2003 dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome. I contenuti formativi sono stati integrati con tematiche di interesse regionale, per fornire ai partecipanti un aggiornamento sull'evoluzione del sistema toscano, e confrontati con i risultati delle interviste ai Direttori.

I PARTECIPANTI

Il numero di partecipanti non è mai stato superiore a 30 per garantire loro un buon livello di coinvolgimento e la possibilità di ricevere un supporto adeguato nella fase dell'apprendimento. L'accesso al corso non è stato regolato da alcuna selezione iniziale poiché la formazione manageriale è un requisito imprescindibile per l'esercizio del ruolo di direzione delle Aziende Sanitarie. Il corso è stato sempre attivato nel momento in cui si presentava l'esigenza di formare i direttori di nuova nomina. Attualmente il corso è organizzato ad anni alterni.

Nel passaggio da un'edizione all'altra, come accennato precedentemente, l'aula è diventata un'occasione per rafforzare la logica del network fra i vari attori del sistema regionale.

Per questo è stata offerta la possibilità di partecipare al corso non solo ai Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi e del Sociale, ma anche ai dirigenti regionali ed ai direttori degli IRCCS e degli ESTAV.

LO STAFF DEL CORSO

La responsabilità scientifica del corso è affidata al direttore del Laboratorio MeS; tale ruolo implica una forte responsabilità nella definizione dei contenuti e delle metodologie didattiche, nella scelta dello stile e dell'impostazione dell'intero percorso. Il responsabile scientifico è presente in aula per supportare i docenti nella conduzione delle lezioni e per rappresentare la continuità didattica nei confronti dei partecipanti.

I docenti, che provengono dagli Atenei Toscani o da contesti extraregionali sia pubblici che privati, hanno un ruolo di facilitatori; sono ridotti gli interventi di tipo frontale e valorizzati i contributi apportati dagli interventi dei partecipanti.

L'organizzazione dei viaggi all'estero viene invece affidata ai tutor che accompagnano i gruppi

dei partecipanti, sempre sotto la supervisione del responsabile scientifico. A loro è demandato il compito di pianificare il programma della visita raccordandosi con docenti e professionisti del posto e supportare i partecipanti nelle traduzioni in lingua.

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA

Il percorso formativo s'inserisce nell'offerta didattica della Divisione Alta Formazione della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa che è certificata ISO 9001:2000.

La Divisione Alta Formazione fornisce il coordinamento amministrativo-contabile per le singole attività formative attraverso la figura del referente amministrativo e garantisce la rispondenza dell'iniziativa agli standard richiesti ai fini della certificazione di qualità.

Il percorso formativo viene infatti sottoposto alle procedure di valutazione della qualità percepita dai partecipanti; al termine di ogni modulo e del corso stesso ai partecipanti è richiesta la compilazione dei questionari sulla valutazione complessiva del corso.

In particolare si chiede loro di esprimere un giudizio su:

- livello della docenza
- adeguatezza del materiale didattico
- dimensionamento degli argomenti trattati
- efficacia delle metodologie didattiche adottate
- clima d'aula in termini di partecipazione/motivazione/capacità di lavorare in gruppo
- livello di integrazione fra gli argomenti trattati nell'ambito del modulo
- durata del modulo in relazione ai contenuti
- equilibrio fra teoria e pratica
- soddisfazione delle proprie aspettative
- utilità degli argomenti trattati per la professione.

IL PERCORSO FORMATIVO

Partendo dalla considerazione che il corso di formazione per i Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi e del Sociale organizzato dal Laboratorio MeS non ha le caratteristiche di un corso a catalogo, si evidenzia che la logica che accompagna la fase di progettazione di ogni edizione è legata alla volontà di offrire un aggiornamento continuo sulle tematiche oggetto di approfondimento, questo a partire anche dalle richieste espresse dai partecipanti delle edizioni concluse.

Il percorso formativo proposto in origine prevedeva moduli specifici per i Direttori Generali, moduli specifici per gli altri ruoli di direzione e moduli comuni, per un totale di 156 ore di formazione per i DG e di 124 ore per DA e DS. Nell'ultima edizione è stata invece privilegiata la logica del percorso comune per dare spazio allo "scambio di competenze" e garantire la ricchezza professionale propria di una visione di team direzionale: la durata complessiva di questa edizione è stata di 120 ore d'aula più i viaggi all'estero.

Il corso si è aperto con una giornata di lancio dedicata alle problematiche relative alla gestione delle risorse umane in sanità. La giornata ha costituito un'occasione per riflettere insieme sul tema delle relazioni sindacali, sugli strumenti e sulle opportunità di sviluppo della gestione del patrimonio professionale delle aziende sanitarie. In tale occasione ai partecipanti è stato presentato il programma e il calendario del percorso formativo.

L'Assessore del Diritto alla Salute e alle Politiche di Solidarietà ha partecipato sia alla giornata di lancio che a quella di chiusura del corso per sottolineare con la sua presenza l'importanza di sentirsi attori di un sistema in continua evoluzione che mette sempre al centro la salute dei cittadini.

Il percorso è articolato in 6 moduli formativi, di cui il primo in outdoor e gli altri presso le aule della Scuola Sant'Anna.

Nel corso del primo modulo i partecipanti, invitati ad assicurare la propria presenza per tutto il periodo previsto (compreso il pernottamento presso la struttura), vivono un'esperienza del

tutto particolare e, probabilmente, per molti assolutamente nuova. I giochi e le esercitazioni di gruppo con i quali i manager si devono cimentare nei due giorni di permanenza nella struttura, offrono loro un'occasione unica non solo per creare fin dall'inizio del corso un gruppo unito ma anche per prendere in considerazione punti di vista e logiche prima di allora probabilmente mai approfonditi sull'efficacia dei propri comportamenti e stili manageriali.

Il Sistema di Valutazione della Performance di cui la Sanità Toscana si è dotata a partire dal 2004 ha costituito un prezioso supporto all'ottimizzazione dei contenuti del percorso formativo: l'immediata disponibilità dei dati e degli indicatori di performance ha infatti permesso di agganciare i contenuti di ogni lezione alle problematiche gestionali delle singole aziende del Sistema.

I LABORATORI DIDATTICI: LE INTERVISTE STRUTTURATE AL PRONTO SOCCORSO ED I FOCUS GROUP

Fondamentale per il processo di apprendimento è il cosiddetto “learning by doing”, ossia imparare attraverso l'esperienza. Per questo la didattica in aula è affiancata da una fase di “esperienza sul campo”, della durata di 2-3 ore, che si esplicita nella partecipazione dei Direttori ad attività che li portano a stretto contatto con gli utenti.

Alcuni Direttori hanno infatti preso parte in incognito ad osservazioni strutturate presso uno dei Pronto Soccorso regionali, altri hanno partecipato come uditori ad alcuni focus group con gruppi di pazienti oncologici.

LE OSSERVAZIONI STRUTTURATE AL PRONTO SOCCORSO

L'obiettivo dell'attività era quello di “calarsi nella realtà dell'utente” ed osservare direttamente le dinamiche che si determinano in un Pronto Soccorso, per comprendere quali sono i punti di forza e le maggiori criticità del servizio offerto.

Nello specifico si è trattato di effettuare una osservazione strutturata, uno strumento di indagine qualitativa che consiste nell'annotare tutto quello che si osserva, seguendo una griglia predefinita e sostando per tempi prolungati nei locali oggetto d'indagine. Sono stati osservati in particolare: l'accoglienza del paziente al pronto soccorso, la presa in carico, la dotazione organica, la comunicazione con il paziente e con i familiari, i tempi d'attesa, il rispetto della privacy, la presenza di utenti stranieri e di pazienti pediatrici e di conseguenza l'attivazione di servizi dedicati a tali utenti (si pensi ad un servizio di traduzione per stranieri, ad un percorso separato per pazienti pediatrici), i locali (pulizia..), il ticket, la diagnostica. Se opportuno, è stato previsto anche il contatto con l'utente, per comprendere meglio la sua esperienza ed il suo stato d'animo.

Due Direttori in incognito, accompagnati da un ricercatore MeS, si sono recati in un PS diverso da quello dell'Azienda di provenienza all'insaputa del personale in servizio, per osservare e riportare tutto ciò che accadeva in sala di attesa, in cui dovevano sostare almeno 1 ora, e successivamente, all'interno del PS.

L'output richiesto ai partecipanti consisteva in un report contenente le informazioni raccolte attraverso la griglia fornita, le osservazioni più significative ed eventualmente alcune proposte per il miglioramento della qualità del servizio.

I FOCUS GROUP CON I PAZIENTI ONCOLOGICI

La collaborazione tra il laboratorio MeS, l'Istituto Toscano Tumori e le Aziende Sanitarie toscane ha consentito la realizzazione di tale attività. L'obiettivo era quello di far partecipare il direttore generale come osservatore allo svolgimento di un focus group organizzato tra pazienti con neoplasia alla mammella e al colon retto (suddivisi per patologia), per comprendere l'esperienza vissuta dagli utenti intervistati, gli aspetti positivi e le maggiori criticità del percorso assistenziale intrapreso. Poiché la partecipazione al focus group implica il contatto diretto con un gruppo di utenti, si offre in questo modo ai Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi e dei Servizi Sociali un'occasione unica per avere una comprensione empatica della “voce” degli utenti e delle espe-

rienze che essi vivono sia da un punto sanitario che emotivo.

L'obiettivo di questa attività è stato dunque quello di individuare le attuali modalità di erogazione dei servizi per la cura delle patologie oncologiche al fine di prendere coscienza di quanto il percorso proposto dalle aziende sanitarie toscane e il vissuto dei pazienti sia in linea con gli orientamenti regionali e adeguato al fabbisogno dei pazienti stessi, anche in termini di umanizzazione dell'assistenza offerta.

In questo caso, insieme ad una psicologa e ad un ricercatore, poteva intervenire al focus group un solo partecipante del corso. I focus group si svolgevano in una Azienda diversa da quella di origine del Direttore. Il compito assegnatogli era quello di osservare e riportare tutto ciò che accadeva durante lo svolgimento del focus group (tipologia degli utenti, narrazioni degli utenti, dinamiche relazionali, interazioni formali ed informali, interpretazioni soggettive rispetto ai descrittivi relavisti) per produrre un report di dettaglio con le osservazioni più significative relativamente a: tipologia dei soggetti partecipanti (età, sesso, esperienza vissuta), interazioni formali ed informali tra i partecipanti, interpretazioni soggettive dei partecipanti rispetto alle domande a loro rivolte.

Chiedere ad un Direttore di prendere parte ad iniziative come queste significa rispondere all'esigenza sempre più stringente di avvicinare le direzioni aziendali al vissuto dei pazienti, osservando più da vicino ciò che accade nelle proprie organizzazioni, trovando il tempo e lo spazio per incontrare i collaboratori e per ascoltare gli utenti, nella convinzione che il momento decisionale non possa prescindere dal contatto diretto con i principali fruitori del sistema.

LE VISITE ALL'ESTERO ED I LABORATORI DI CONDIVISIONE

A circa metà del percorso formativo i Direttori svolgono una fase di stage, della durata di circa 40 ore, che ha lo scopo di offrire loro l'opportunità di visitare, a gruppi ristretti di 5-7 persone, strutture e sistemi sanitari all'avanguardia in Italia o all'estero. L'obiettivo dello stage è quello di individuare idee innovative e possibili interventi per un'assistenza al cittadino di sempre maggiore qualità ed appropriatezza prendendo ispirazione da realtà di eccellenza.

I viaggi studio rispondono a tre parole chiave:

1. conoscere
2. condividere
3. confrontarsi

Al partecipante viene data la possibilità di mettersi in gioco e attivare processi di cambiamento conoscendo e vivendo direttamente situazioni non solite, in un'ottica di benchmarking e di miglioramento continuo.

La Scuola Sant'Anna ha attivato negli anni numerosi contatti internazionali in USA, Francia, Spagna, Germania, Inghilterra, Svezia, etc..., grazie ai quali è stato possibile costruire programmi di visite specifiche, calibrati secondo gli ambiti gestionali e di responsabilità dei direttori, della durata di 3-5 giorni.

Per citare un esempio, i Direttori del Sociale hanno approfondito il sistema delle cure domiciliari ed i modelli assistenziali presenti sul territorio nella regione dell'Ontario (Canada), attraverso la visita degli istituti preposti all'offerta di questa tipologia di servizi e l'incontro con alcuni providers. I viaggi all'estero rappresentano un momento atteso e preparato con cura dai partecipanti con il supporto del team di tutor che li accompagna.

Si svolgono a metà del percorso formativo per offrire al top management un'immediata opportunità di verificare sul campo le conoscenze acquisite. Le visite costituiscono, inoltre, un'occasione di confronto con realtà e modelli di gestione talvolta molto diversi da quelli di provenienza e rappresentano, per questo, un momento estremamente favorevole ai fini dell'apprendimento: i partecipanti sono infatti maggiormente ricettivi e predisposti a mettere in discussione il proprio stile di direzione ed il contesto organizzativo di provenienza perché lontani, anche fisicamente, dalla logica della competitività e "spogliati", per qualche giorno, del loro ruolo istituzionale.

Ritornati in Italia, il bagaglio di esperienza acquisito dai partecipanti diventa materia di studio nell'ambito dei laboratori di condivisione che si svolgono in una giornata interamente dedicata allo riorganizzazione delle informazioni raccolte, allo scambio di impressioni fra i gruppi di lavoro, allo sviluppo e all'implementazione di nuove idee per il sistema. Considerando inoltre il livello di esperienza e l'età dei partecipanti, nonché il ruolo svolto nelle aziende di appartenenza, i risultati emersi da questa fase di ricerca applicata costituiscono veri e propri percorsi di autovalutazione del livello di apprendimento.

LA CHIUSURA DEL CORSO E LA DISCUSSIONE DEL PROGETTO

L'esito e le riflessioni emerse dalle visite all'estero e dai successivi laboratori di condivisione diventano oggetto di approfondimento nel project work che viene presentato durante la giornata conclusiva in presenza dell'Assessore, di alcuni dirigenti regionali e dei partecipanti delle edizioni precedenti del percorso.

Il workshop finale è ancora una volta un'occasione di scambio di esperienze fra i diversi attori del sistema nella logica della condivisione dei saperi e della creazione del network.

I viaggi vengono generalmente presentati attraverso la chiave di lettura del benchmarking, dove quindi si mettono a confronto approcci differenti a problematiche comuni: non quindi la semplice descrizione dell' "itinerario" della visita, ma il tentativo di dare un contributo più critico e consapevole all'evoluzione del sistema di appartenenza, alla luce delle esperienze più significative esaminate.

I risultati di questi lavori diventano spesso oggetto di pubblicazioni sull'attivazione dell'innovazione in sanità.

NOTE DI SINTESI

Un corso di formazione non si conclude, o non dovrebbe concludersi, con l'ultima giornata di aula ma continua nel luogo di lavoro nel momento in cui i partecipanti del corso di formazione applicano nella propria realtà lavorativa quanto appreso in aula. Si cerca di costruire dei percorsi formativi "oltre l'aula" in cui il discente è al centro del percorso formativo e dove la didattica frontale è minima a favore di una docenza attiva che consenta un processo di apprendimento che non riguarda solo i contenuti ma che tiene conto dei processi emotivi e relazionali dentro l'aula.

In particolare avere a disposizione i dati del sistema di valutazione delle performance consente di avere a disposizione un bagaglio di informazioni che permetta di legare gli argomenti trattati in aula alla pratica, di modo che la lezione raggiunga la sua massima efficacia in termini di apprendimento. In sanità, infatti, è quanto mai realistica l'espressione "tutto ciò che non si può misurare non si può gestire" e questo diventa fondamentale nell'ambito di un corso di formazione.

Un primo punto di forza dell'esperienza formativa del top management toscano è quella dei viaggi all'estero: la valutazione che i managers stessi esprimono rispetto al corso frequentato fa emergere come esperienza significativa il confronto con altre realtà sanitarie all'estero: conoscere quello che avviene al di fuori del proprio sistema regionale è fondamentale perché si avvii quella fucina di idee necessaria per la crescita ed il miglioramento dell'organizzazione.

Un altro punto di forza è costituito dal fatto che l'offerta formativa della Regione Toscana e del Laboratorio MeS abbraccia l'intero top management, dagli alti potenziali al vertice strategico alle direzioni regionali, creando una rete di rapporti ed un sapere condiviso dall'intera Regione.

L'obiettivo è la costruzione di una learning community, una comunità in cui è decisiva la flessibilità, la capacità di innovare e di scambiare le conoscenze.

Coniugare questi aspetti con l'esigenza di garantire un legame tra i contenuti affrontati, le peculiarità e gli orientamenti del contesto sanitario regionale e la trasmissione di saperi e strumenti manageriali per una gestione più efficace ed efficiente dei propri "microsistemi" è, e continuerà ad esserlo per il futuro, l'obiettivo a cui tende la formazione regionale rivolta al vertice aziendale.

I. UMBRIA

Nel 1998 la Regione crea la Scuola di Amministrazione Pubblica Villa Umbra¹⁰, nel cui ambito, nel 2002, viene creata la sezione Scuola Regionale di Sanità, consolidando e formalizzando le competenze sviluppate proprio in occasione di un primo corso organizzato dalla scuola per le direzioni generali della sanità. Da questo nucleo di competenze si è sviluppata quindi la scuola regionale di sanità, che si occupa principalmente di tutta la formazione manageriale ai vari ruoli impegnati nel settore sanitario e di realizzare azioni formative di sistema per tutto il personale del SSR a supporto delle politiche sanitarie regionali.

La formazione tecnica e quella rivolta al conseguimento degli ECM è invece per lo più decentrata a livello delle singole aziende sanitarie o ARPA e IZSUM della Regione.

L'iter per la nomina dei direttori generali non prevede la presenza del nominato dall'albo, bensì la sua immissione nell'albo entro i 18 mesi dalla nomina, effettuata dalla Giunta dopo un'istruttoria. Gli attuali direttori generali in carica nella Regione hanno una provenienza varia e, rispetto ai settori di provenienza, 2 hanno esperienze lavorative nel settore privato, mentre gli altri provengono da carriere prevalentemente in sanità, sia come medici che con altri ruoli.

La Regione Umbria ha recepito nel 2004 il testo dell'accordo Stato Regioni sui criteri per la reciprocità di validità dei corsi di formazione manageriale tra Regioni, del 10 luglio 2003 e lo estende di fatto anche alla certificazione delle competenze per i DG, anche se non in automatico. In tale sede è stato pertanto recepito il modello di realizzazione della formazione, i contenuti e le modalità di erogazione, con l'obiettivo di offrire una certificazione valida in tutte le Regioni che hanno recepito l'accordo.

L'accordo recepito definisce gli argomenti formativi, precisamente:

- Organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- Indicatori di qualità dei servizi – sanità pubblica;
- Gestione delle risorse umane;
- Criteri di finanziamento ed elementi di bilancio e controllo. La Regione Umbria li ha fatti propri e li ha seguiti nelle prime iniziative di formazione manageriale, mentre con l'edizione del 2008 ha introdotto anche alcune tematiche nuove.

La Regione Umbria ha numerosi corsi al suo attivo, realizzati periodicamente nel corso del periodo considerato (dal 2001 ad oggi) a sostegno della formazione manageriale delle direzioni generali della sanità. Infatti, la Regione mantiene, come previsto nella delibera regionale di recepimento dell'accordo Stato- Regioni sulla formazione, l'Albo Pubblico dei DG, e la certificazione di formazione manageriale necessaria per potervi appartenere. La certificazione, conseguita attraverso un percorso formativo di almeno 120 ore per i DG, dura 7 anni, con interventi obbligatori di aggiornamento nel corso del periodo; dopo 7 anni è necessario ripetere il corso e riconquistare la certificazione. Quest'ultima deve essere ottenuta entro i 18 mesi dalla nomina

¹⁰ Dapprima costituita da maggiori enti pubblici dell'Umbria come Associazione di diritto privato e ora trasformata con legge regionale n. 24 del 23 dicembre 2008 in Consorzio pubblico con la denominazione di "Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica" quale ente per la formazione e l'innovazione degli enti pubblici regionali. Al Consorzio aderiscono, oltre alla Regione, la Provincia di Perugia, la Provincia di Terni, il Comune di Perugia, il Comune di Terni e l'Università degli Studi di Perugia. La legge stabilisce che possono aderire al Consorzio gli altri enti locali e pubblici presenti nel territorio regionale.

al ruolo di direzione generale e, una volta ottenuta, essa consente l'iscrizione all'albo. Nell'albo non è presente una graduatoria.

In questo periodo, le prime certificazioni ottenute nel 2001-02 sono in scadenza e pertanto è necessario pensare a quali tipi di interventi formativi saranno necessari per il riottenimento della certificazione, specialmente per le persone che in questi anni hanno effettivamente ricoperto incarichi direzionali in sanità.

Vista l'entità numerica del target proprio (24 posizioni), le iniziative formative sono state allargate normalmente a tutti coloro che hanno i titoli per poter ricoprire cariche di direzione generale in sanità, anche se al momento non ricoprono una posizione.

I corsi sono anche aperti a persone provenienti da altre Regioni, sempre aventi la posizione o i titoli per poterla ricoprire.

Talvolta, inoltre, i partecipanti vengono allargati anche a ricomprendere persone con esperienza direzionale nel privato no profit, ad esempio proveniente dalle cooperative sociali. Questo aumenta il target di riferimento, ma crea anche qualche situazione di eterogeneità all'interno delle aule. Normalmente i bandi prevedono la riserva di alcuni posti per persone che ricoprono le posizioni di direzione generale in Regione Umbria.

DESCRIZIONE CICLO DI ANALISI FABBISOGNI FORMATIVI, PROGETTAZIONE INTERVENTI, REALIZZAZIONE

L'iter di svolgimento dei corsi viene avviato o sulla base di una proposta da parte dell'erogatore o della Regione stessa, o anche dalla constatazione che è necessario tenere un corso per la certificazione formativa delle persone con posizione di direzione generale in Regione, ad esempio a seguito di nuove nomine. Per questo, l'erogazione di corsi in Regione è stata regolare nel tempo di osservazione. Viene definito dalla Regione un piano triennale di corsi e trasmesso a Villa Umbra, che lo declina in piani formativi annuali.

Il ciclo di ciascun intervento formativo origina formalmente da un bando della Regione per l'ammissione di un certo numero di partecipanti (es. nel 2007 per l'edizione del 2008 erano previsti 30 posti) al corso di formazione manageriale per direttori generali, direttori sanitari e direttori amministrativi di aziende sanitarie. Normalmente il bando viene emesso ogni paio di anni, a seconda delle esigenze (es. avvicendamenti nelle posizioni).

La fase precedente, di identificazione delle necessità e di macroprogettazione dell'intervento avviene o su proposta dell'ente regionale per la formazione in Sanità o su iniziativa della Regione stessa, comunque attraverso un percorso di condivisione tra le due strutture. Viene predisposto un programma di massima e un bando per la selezione dei partecipanti, che viene approvato dalla Giunta Regionale.

Il bando quindi, è finalizzato alla selezione dei partecipanti e non dell'ente erogatore, in quanto esso assegna contestualmente, coerentemente alla sua mission, alla Associazione Scuola di Amministrazione Pubblica "Villa Umbra" - Scuola Regionale di Sanità la realizzazione del corso e la gestione della procedura di selezione dei partecipanti.

L'ATTIVITÀ FORMATIVA REALIZZATA PER LE DIREZIONI GENERALI

Di seguito l'elenco delle iniziative per i ruoli di direzione generale:

- Ottobre 2001 - aprile 2002: primo corso, solo per DG;
- Dicembre 2002 - maggio 2003: secondo corso solo per DG;
- 2004-2005: corso per DS e DA;
- 2008: corso con parte comune per DG; DS e DA e parte specialistica per ciascun ruolo.

Per il mantenimento del certificato formativo, sono obbligatori alcuni corsi di aggiornamento

annuali. A questo fine sono stati erogati dei seminari aventi ad oggetto i seguenti argomenti:

Anno 2005

- Regionalizzazione del S.S.N. e governo clinico
- Valutazioni, a dieci anni dalla legge 502/92, sull'appropriatezza in sanità dei sistemi di programmazione e controllo
- Governo clinico e dipartimentalizzazioni
- Valorizzazione del personale e gestione delle relazioni

Anno 2006

- Responsabilità dell'alta direzione delle aziende sanitarie
- Fare strategia nelle aziende sanitarie
- Tecniche di negoziazione per la gestione delle relazioni sindacali

L'INIZIATIVA FORMATIVA PIÙ RECENTE REALIZZATA

Nel bando dell'ultima iniziativa realizzata (D.Reg. 5/11/2007, n. 1762) vengono stabiliti i requisiti per l'ammissione dei partecipanti, il numero di posti per figura (10 posti per ciascuna delle 3), i costi per partecipante (€2.500,00), le riserve di posti per coloro che già ricoprono posizioni regionali (IDG, 3 ciascuno per DA e DS) e i criteri di preferenza, il ruolo del Comitato Tecnico Scientifico dell'Ente erogatore (Scuola Regionale di Sanità) e le modalità della selezione.

Le domande di iscrizione pervenute alla scuola sono state 57, di cui due senza requisiti; al termine del processo di selezione, sono stati accettati 36 partecipanti per ruolo, che hanno ottenuto la valutazione media riportata nella tabella seguente:

Domande di iscrizione della Direzione Strategica in Regione Umbria (anno 2007)

TABELLA 1.1

	DG	DA	DS	Totale
Totale domande	23	15	19	57
Partecipanti effettivi	13	10	13	36
Valutazione media ricevuta	Alto merito	a.m.	a.m.	a.m.

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CUSAS/Università di Firenze

Il bando specifica inoltre che il corso è utile all'ottenimento del Certificato di Formazione, che lo stesso ha una validità di 7 anni (come da D. Lgs 502/92 e dal DPR 484/97) con l'obbligo, nell'arco di validità degli attestati, di partecipare ai corsi di aggiornamento previsti dalla Giunta Regionale. La delibera regionale poi specifica anche alcuni punti di attenzione che l'ente erogatore dovrà tenere presenti nella progettazione di dettaglio e, in particolare:

- il confronto con le nuove tendenze in ambito socio assistenziale;
- un approfondimento delle competenze richieste per affrontare le nuove sfide che i servizi sanitari si trovano ad affrontare in questo momento;
- una riflessione rispetto ad un contesto organizzativo nel quale alcuni presupposti concettuali affermati nelle leggi di riforma del SSN degli anni '90, come la scelta aziendalistica e quella di direzione monocratica, appaiono oggi messe in discussione costringendo quindi, ad una ridefinizione delle responsabilità e del ruolo delle direzioni sanitarie in una realtà aziendale sempre più improntata ad una netta caratterizzazione regionale.

Il bando riporta inoltre, in allegato, il programma del corso. La realizzazione avviene sempre nella sede di Villa Umbra, Scuola regionale di Sanità, anche perché finora il budget disponibile non ha consentito iniziative formative con modalità didattiche differenti.

Le modalità formative utilizzate sono infatti prevalentemente l'aula, gestita ormai quasi sempre da testimoni in prima persona (direttori generali o ex, regionali o extra regione) e non da

formatori: la modalità peer-to-peer si è rilevata sempre più apprezzata dai partecipanti per la concretezza degli interventi e degli approfondimenti. All'aula è stato affiancato anche l'uso delle piattaforme di e-learning, sia per rivedere i materiali presentati in aula che per approfondimenti a scelta del partecipante che per l'autoformazione con filmati o come piattaforma di comunicazione tra i partecipanti e i docenti/tutor. Infatti, data l'eterogeneità di persone partecipanti, anche le esigenze formative possono essere di livello diverso in relazione ai diversi argomenti trattati nel corso.

Il corso è articolato in 8 moduli formativi per complessive 133 ore, di cui 112 comuni e 21 specifiche di approfondimento specialistico mirato a ciascuno dei 3 ruoli di direzione. È prevista la frequenza minima del 90% delle ore previste. I temi della formazione declinano il modello formativo delineato nell'accordo Stato Regioni già richiamato.

È previsto un esame finale per il conseguimento del certificato di formazione manageriale, sempre curato da Villa Umbra.

L'esame finale è organizzato attraverso l'elaborazione di un project work – utile e spendibile – da parte dei partecipanti e la sua presentazione e discussione ad una commissione valutativa finale (composta dal Direttore della Direzione Regionale Sanità e Servizi sociali e due docenti del corso che avevano, insieme al direttore, svolto anche il ruolo di responsabili scientifici del percorso formativo) che assegna i temi o autorizza quelli proposti dai partecipanti, orienta nella realizzazione fornendo materiali e idee e autorizza la presentazione al termine del lavoro. Il risultato dell'esame è un "pass con merito" o "pass con alto merito". I lavori così realizzati sono considerati di elevato livello dalla scuola (es. trasferimento dell'assistenza penitenziaria alle ASL e sua organizzazione, analisi impatto del nuovo sistema di classificazione dei DRG).

La valutazione del singolo corso, sotto il profilo della customer satisfaction, è effettuata al termine di ciascun intervento dai partecipanti, ed è di interesse del soggetto erogatore. Le valutazioni sono ritenute buone e molto apprezzamento è dato alla scelta di ricorrere a formatori esperti, al peer to peer in cui sono dei tecnici, dei manager, dei professori universitari a tenere le lezioni e non dei formatori generici.

Al momento dell'analisi non sono comunque disponibili dati sintetici sulla valutazione effettuata relativamente alle attività formative oggetto della ricerca, in particolare le valutazioni di fine corso effettuate dai partecipanti. La Regione, d'altro canto, ad oggi non li ha richiesti, quindi hanno un valore più che altro per il soggetto erogatore, nella proposta di nuovi temi formativi o nella conferma dei tradizionali.

LA DIMENSIONE INTERREGIONALE

Come detto, la Regione Umbria è una delle Regioni che recepisce l'accordo di reciprocità nella formazione erogata ai fini della certificazione formativa come da D.lgs. 229 e s.m. e del successivo accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003. Relativamente al tema, vi era stato un tentativo di realizzare una scuola interregionale, all'epoca del Ministro Bindi, ma il progetto era stato abbandonato. Con la Regione Marche, erano stati avviati dei contatti per l'erogazione di corsi di formazione con validità reciproca, ma non si è riusciti ad arrivare ad un vero e proprio accordo. Si è fatta strada, quindi, la scelta di valutare volta per volta la validità dei crediti eventualmente avanzati dai richiedenti, ma senza accordi predefiniti. La Regione Umbria utilizza come criteri l'ente erogatore e la sua "reputation", la durata e l'argomento del corso seguito e altre variabili di volta in volta significative.

Di recente, e sempre a livello informale, sono stati inviati alcuni partecipanti a corsi presso la Regione Lombardia per seguire corsi da questa accreditati. In questo paio di occasioni i relativi crediti sono stati riconosciuti, dato che era necessario ottenere la certificazione in un periodo in cui in Regione non sarebbero stati organizzati corsi in tempo utile.

NUOVE COMPETENZE E SPUNTI PER IL FUTURO

Le attività formative erogate sono, a detta delle persone intervistate, finalizzate da un lato a creare una sensibilizzazione ai temi (“consapevolezza più che competenza”), e dall’altro a consentire di rispondere adeguatamente alle richieste in termini di requisiti per accedere/mantenere la posizione. Quindi, l’attività formativa finalizzata al conseguimento della certificazione dovrebbe essere affiancata da uno studio individuale e personalizzato, che ciascun partecipante dovrebbe/potrebbe sviluppare a partire dai propri punti di debolezza, dal proprio percorso professionale e di esperienze. Ad oggi l’effettivo utilizzo dei materiali formativi aggiuntivi (testi, fad, ecc.), messi a disposizione dei partecipanti ai corsi, non è considerato molto alto. Comunque, è una strada che la Regione intende perseguire, considerando molto valido il percorso basato su iniziative comuni e iniziative formative individuali e autonome, sui materiali messi a disposizione.

Sempre rilevante, in termini di obiettivi formativi, l’obiettivo meno esplicito che riguarda il team building tra le persone impegnate in ruoli direzionali: la Regione considera che forse non si faccia abbastanza su questo punto, sia per problemi di mancanza di tempo, che per l’eterogeneità dell’aula “classica” dei corsi rivolti ai ruoli di (potenziale) direzione generale e quindi l’obiettivo viene un po’ sacrificato in favore di quelli più tradizionali. Forse si potrebbe pensare ad iniziative formative ad hoc.

Per quanto riguarda le competenze ritenute necessarie oggi e per il prossimo futuro, non sono emerse richieste specifiche in termini di competenze che i DG dovrebbero possedere, al di là di quanto garantito dai percorsi formativi già attuati. L’autonomia gestionale per i ruoli di direzione generale viene esercitata entro un’area di azione comunque circoscritta da meccanismi di controllo e di rendicontazione – almeno a livello politico - e ciò richiede competenze manageriali relativamente standard. Inoltre, il peso della scelta politica è determinante e quindi è necessario lasciare alcuni gradi di libertà a tale tipo di valutazione, anche quando è considerata la performance della direzione generale stessa.

Aree di miglioramento dichiarate dalla Regione sono quelle della valutazione e dell’impatto della formazione erogata ai ruoli di direzione generale, nonché una valutazione più mirata e completa del fabbisogno formativo.

Nel giugno 2009 sono in scadenza alcune figure di direzione generale e quindi si presume che a breve dovrà essere organizzato un nuovo intervento formativo. Per questa nuova edizione si pensa di focalizzare nuovamente le tematiche formative più nuove (tra cui, ad esempio, la sanità penitenziaria che è recentemente stata trasferita alle Regioni), nonché l’innovazione in alcune lezioni (ad esempio, con testimoni internazionali), le visite in loco presso strutture di buona pratica.

Inoltre, a breve, Regione e Scuola Sanità di Villa Umbra saranno impegnate con l’erogazione dei corsi per i dirigenti di struttura complessa, sui quali si è arrivati al termine di un processo di progettazione piuttosto complesso. Tutti i titolari di struttura complessa verranno formati e si stanno ultimando le regole nonché pensando alla realizzazione di un vero e proprio albo.

J. VENETO

LA FORMAZIONE MANAGERIALE, DI INIZIATIVA E AMBITO REGIONALE, SINO AL 2006

La Regione ha promosso un corso di formazione manageriale per i Direttori generali, amministrativi, sanitari e sociali in carica (90 partecipanti) nel 2005 (D.g.r. 376 del 11/2/05).

Ai corsi (due, con sedi a Venezia e Altavilla vicentina) potevano partecipare i dirigenti regionali e altri dirigenti del Servizio sanitario regionale.

Le aree tematiche individuate sono state 5 (sanità pubblica; organizzazione e gestione dei servizi sanitari; gestione economico finanziaria; risorse umane e organizzazione del lavoro; abilità, tecniche e strumenti di gestione manageriale), suddivise in 35 moduli di 4 ore cadauno, per un totale di 140 ore.

I corsi sono stati strutturati in due livelli. Quello base, rivolto a tutti, e quello avanzato rivolto allo specifico profilo.

La frequenza minima richiesta era di 120 ore, pari a 30 moduli, ed era prevista la formazione a distanza, purchè non superasse il 50 % del monte ore complessivo e fosse monitorata.

Le verifiche erano intermedie, di gradimento e finali, e la partecipazione con costi a carico dei discenti.

Oltre a quanto appena descritto vi sono state altre iniziative di formazione manageriale.

La più importante è probabilmente il Master in "Economia e management della sanità", tenuto dall'Università di Ca' Foscari di Venezia, in collaborazione con la Regione (CRIF) e l'AULSS 12 Veneziana. Per contenuti può essere accostato a quello dell'Emilia Romagna, e si rivolge in particolare a giovani laureati.

Altre attività non hanno avuto, e non hanno, le caratteristiche strutturali di cui si dirà più oltre, ma più estemporanee, settoriali, ad iniziativa di società scientifiche, associazioni, enti, o Aziende USL.

LE PRIORITÀ FORMATIVE PER L'ANNO 2009

Sulla base delle necessità rilevate dalla Regione Veneto, delle richieste avanzate dalle Aziende sanitarie e dai Centri di servizio socio sanitario, dai fabbisogni evidenziati dalle diverse categorie professionali operanti al loro interno, nonché dalle esperienze formative realizzate da vari soggetti in questi anni, si possono individuare le seguenti cinque priorità formative per l'anno 2009:

1. Formazione manageriale per i Direttori generali e i Direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali delle Aziende sanitarie
2. Formazione manageriale per i Direttori dei Presidi ospedalieri, Direttori dei Dipartimenti di prevenzione, Direttori dei Distretti
3. Formazione manageriale per Direttori di struttura complessa e Direttori di Dipartimento
4. Scuola di formazione per il personale amministrativo
5. Formazione per le Direzioni dei Centri di servizio socio-sanitario

Formazione manageriale per i Direttori generali e i Direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali delle Aziende sanitarie

Il corso andrebbe organizzato preferibilmente entro i primi 18 mesi dalla nomina delle nuove Direzioni generali per concludersi entro la primavera/estate 2010.

Il corso è obbligatorio e quindi rivolto in particolare ai Direttori generali di nuova nomina, nonché, si ritiene, agli altri componenti le direzioni generali. La struttura dei corsi, in parte diversificati, per le diverse categorie di direttori, andrà discussa con la Regione e il Coordinamento dei Direttori generali.

Formazione manageriale per i Direttori dei Presidi ospedalieri, Direttori dei Dipartimenti di prevenzione, Direttori dei Distretti

Dovrebbero essere avviate specifiche iniziative formative rivolte ai direttori responsabili delle macro aree erogative.

I percorsi saranno focalizzati sulla conoscenza delle logiche e degli strumenti gestionali innovativi per esercitare efficacemente le relative funzioni di governo organizzativo, clinico, economico e di sviluppo strategico.

Nella predisposizione dei programmi particolare attenzione verrà posta sulla scelta delle metodologie formative, al fine di garantire il massimo di pertinenza con le competenze e le esperienze già possedute dai partecipanti e con le esigenze di sviluppo dei rispettivi ambiti (prevenzione, attività ospedaliera, attività territoriale).

Il confronto tra professionisti appartenenti ad Aziende diverse costituirà un punto di forza dei percorsi.

Formazione manageriale per Direttori di struttura complessa e Direttori di Dipartimento

Tale intervento formativo è normativamente previsto per i Direttori di Struttura complessa. È possibile che siano previsti in questo corso anche i Direttori di dipartimento (in alternativa parteciperebbero a quello sopra citato, 2.).

La Regione dovrebbe attivarsi per l'accreditamento/qualificazione dei soggetti in possesso dei requisiti tecnico-professionali per proporre il percorso formativo ai fini del D.Lgs. 502/92 e s.m. (artt. 15 e 16 quinquies).

Questo corso dovrà coniugare gli aspetti professionali, già posseduti, con quelli manageriali richiesti dal ruolo ricoperto. Si tratta di un percorso formativo obbligatorio, per i Direttori di Struttura complessa, tant'è che alcune Regioni chiedono il possesso del relativo attestato per i concorsi.

Scuola di formazione per il personale amministrativo

L'ipotesi presentata tiene conto del fatto che è in atto un graduale ricambio generazionale della dirigenza amministrativa, non solo di vertice, e quindi oltre agli utili approfondimenti delle tematiche di recente acquisizione appare necessario proporre un'attenta rivisitazione di vecchi e nuovi istituti nel nuovo quadro ordinamentale.

Appare opportuno prevedere specifici interventi formativi sia in relazione ai tradizionali settori di lavoro (provveditorato, ragioneria, personale, economico-finanziario ecc.), sia a quelli più innovativi (sistemi informativi, controllo di gestione, valutazione qualità ecc.).

Partendo da queste considerazioni, si ritiene di poter proporre la predisposizione di uno studio di fattibilità di un progetto a medio termine che affronti le diverse problematiche attinenti la formazione ai vari livelli del personale amministrativo:

- formazione, quale leva organizzativa per introdurre e concretizzare il principio della standardizzazione e della omogeneizzazione delle procedure tecnico-amministrative in funzione delle collaborazioni interaziendali di area vasta;
- formazione dei livelli DS, in funzione di un loro sviluppo di carriera;
- formazione dei livelli D, ai fini del loro aggiornamento e del miglioramento della produttività del lavoro;
- formazione continua per il personale dirigente: appare utile prevedere, con cadenza regolare, dei momenti di aggiornamento professionale di natura tecnico-specialistica, da un lato e manageriale, dall'altro.

Formazione per le Direzioni dei Centri di Servizio socio-sanitario

La proposta è rivolta ai dirigenti dell'area sociale delle USL, dei Comuni, ai dirigenti delle Ipab, del Terzo settore e della Cooperazione.

Si ritiene infatti opportuno prevedere una formazione unitaria, per dare maggiore omogeneità a questo articolato, multiforme settore, sicuramente in ulteriore crescita.

Alcune delle iniziative che verranno proposte afferiscono ai seguenti ambiti

- Formazione economico- finanziaria e sul controllo di gestione
- Piani di zona
- Formazione per gli Amministratori.

Per tutti questi utenti l'opportunità di una formazione manageriale diretta, validata dalla Regione, rappresenterebbe una formidabile occasione di qualificazione, anche al fine di aspirare a ruoli più importanti all'interno del Sistema socio-sanitario veneto.

Anche in questo caso potrebbe essere utilmente applicato l'approccio metodologico basato sulle competenze.

GESTIONE DEI CORSI

In questo momento non si è in grado di prevedere con precisione la tempistica dello svolgimento dei Corsi, perché è in costruzione lo "strumento" per la loro organizzazione e gestione.

Oltre alla Regione, con funzioni di indirizzo e controllo, e la collaborazione delle Università, i principali interessati dovrebbero essere le Aziende sanitarie e le principali IPAB (oltre al CRIF).

2. FORMAZIONE MANAGERIALE NELLE AZIENDE PRIVATE ACCREDITATE

2.1 PREMESSA

Nell'ambito del programma di ricerca in oggetto, una parte dell'analisi è stata volta alla comprensione dell'impatto che la normativa in tema di formazione manageriale ha avuto sulle strutture private che operano in regime di accreditamento all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. In particolar modo, l'analisi, intende contribuire alla messa in luce di punti di convergenza/divergenza tra settore sanitario pubblico e privato in tema di politiche formative manageriali.

2.2 METODOLOGIA

Il ramo della ricerca riferito alle strutture private accreditate ha seguito, per omogeneità, il medesimo iter di definizione degli strumenti di indagine adottato per i casi regionali. La selezione dei casi studio è stata svolta secondo criteri orientati ad analizzare due realtà universitarie che svolgono la propria attività distintiva nel medesimo territorio e che hanno visto nel tempo l'attivazione di programmi formativi manageriali supportati dalla presenza congiunta di competenze specifiche e struttura assistenziale orientata alla ricerca. Il terzo caso studio riguarda una rete di cliniche. Le strutture in oggetto sono: il Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"- Università Cattolica del sacro Cuore, il Policlinico Universitario Campus-Biomedico, il Network di Cliniche Salute Sicilia.

La ricerca è stata svolta attraverso l'analisi di materiale documentale e interviste dirette ai Dirigenti delle Unità Formative presenti nelle strutture secondo la scheda elaborata. L'intervista semistrutturata risulta ripartita in quattro sezioni volte a rilevare informazioni inerenti alle seguenti aree d'interesse: Anagrafica aziendale; Unità di Formazione; Funzioni dell'Ufficio Formazione; Attività Formativa Erogata.

2.3 CARATTERISTICHE COMUNI E DIVERGENTI DELLE STRUTTURE ANALIZZATE

Le strutture private accreditate in analisi sono caratterizzate da dimensioni molto diverse in termini di personale (747 dipendenti presso il Campus Bio- Medico vs 4.038 presso il Policlinico A. Gemelli; Network Salute Sicilia circa 300 dipendenti [il numero è riferito alle cliniche del gruppo prese in considerazione]) e di posti letto (259 presso il Campus Bio - Medico vs 1.894 presso il Policlinico A. Gemelli e 313 presso il Network Salute Sicilia [il numero è riferito alle cliniche del gruppo prese in considerazione]). Nonostante le diverse dimensioni in termini strutturali, lo studio ha posto in evidenza come la definizione del fabbisogno formativo rispetto alle esigenze di formazione ma-

manageriale dell'alta dirigenza aziendale venga ad essere definito, con l'utilizzo dei medesimi strumenti:

- Linee Guida regionali: poiché la regione Lazio non ha attualmente emanato alcuna linea guida dedicata, le strutture fanno riferimento per l'attività formativa all'art 16-quinquies del D.lgs. 229/1999: formazione manageriale.
- Normativa Contrattuale
- Questionari rivolti ai partecipanti dei corsi attivati.

Presso il campus Biomedico si rileva anche l'utilizzo delle interviste individuali mentre, presso il Policlinico "A. Gemelli" vi è l'analisi dei CV e degli obiettivi previsti dal contratto collettivo di lavoro del personale dell'UCSC con particolare riferimento ai Principi contenuti al comma 1 dell'art. 51 del CCL 1998-2001 che definisce la formazione come "leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti e per la realizzazione degli obiettivi programmati".

In entrambe le realtà, il Piano d'Offerta Formativa viene realizzato attraverso un processo di collaborazione trasversale tra la Direzione Amministrativa, la Direzione Sanitaria, la Direzione del Policlinico.

I Piani così delineati comprendono al loro interno le attività formative dedicate all'area manageriale svolte in coerenza con i principi valoriali e etici che caratterizzano l'operato delle organizzazioni in esame.

L'attività formativa svolta dall'Ufficio Formazione e Sviluppo del Policlinico "A. Gemelli" è riservata unicamente ai dipendenti del Policlinico stesso in quanto, le attività formative rivolte a soggetti esterni sono coordinate dall'Ufficio Formazione Permanente struttura dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia finalizzata alla formazione e all'aggiornamento professionale. L'Ufficio di Formazione Permanente promuove e realizza corsi di perfezionamento e aggiornamento appoggiandosi al patrimonio scientifico delle Facoltà, degli Istituti, dei Dipartimenti e dei Centri di Ricerca dell'UCSC. Per quanto concerne i Master, questi ultimi sono gestiti in termini amministrativi, finanziari e con riferimento all'organizzazione dei calendari didattici, dal Servizio Master e Scuole di Specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'UCSC.

Il Campus Bio-Medico presenta invece un'articolazione incentrata sulla Scuola di Formazione Continua, che coordina tutte le attività di lifelong learning dell'Università campus Bio-Medico di Roma ad esclusione delle Scuole di Specializzazione in medicina e dei Dottorati di Ricerca.

Diversa appare l'organizzazione della formazione all'interno Network Salute Sicilia: non esiste un PFA comune a tutto il Network, poiché dal punto di vista giuridico-amministrativo le cliniche rappresentano singole entità. Pertanto, i piani di formazione sono redatti all'interno delle singole strutture per rispondere ai bisogni formativi peculiari degli operatori rispetto alle varie specialità. Oggi l'organizzazione ha la seguente configurazione: il Presidente ed il Consiglio di Amministrazione si occupano della gestione della Holding e delle politiche di sviluppo manageriale, il Direttore Sanitario, il Responsabile della Qualità ed il Responsabile Amministrativo si occupano della gestione clini-

co-amministrativa. Ad oggi, la proprietà sta lavorando per creare un unico network al fine di favorire la formalizzazione di livelli organizzativi orizzontali cioè, di tutte quelle funzioni critiche e di quei ruoli di “management intermedio”, ormai diffuse anche nelle organizzazioni sanitarie.

L'analisi dei bisogni formativi e la loro definizione avviene attraverso l'interpolazione delle indicazioni di tipo quali-quantitative provenienti dalle rilevazioni della customer satisfaction, dei livelli di soddisfazione e dei bisogni formativi espressi dagli operatori, degli obiettivi di salute e degli obiettivi manageriali, nonché delle norme vigenti.

La peculiarità del Network è data da una crescita non esponenziale in termini produttivi ma “programmata” poiché, anche alla luce del piano di rientro in cui è coinvolta la Regione siciliana, è stato stabilito un tetto/budget al numero di prestazioni da erogare; in questa fase, gli investimenti aziendali, pertanto, sono rivolti al miglioramento e alla diversificazione della qualità dei servizi offerti e delle prestazioni. Per tale motivo, l'attenzione è rivolta allo sviluppo e alla valorizzazione dei professional ai quali è affidato il compito di garantire l'eccellenza nelle cure e nella pratica clinica. L'attività svolta dagli uffici di formazione è quella di prevedere dei piani di miglioramento continuo della qualità con particolare riferimento a tre indicatori:

1. la branca specialistica caratterizzante ogni singola clinica in funzione della tipologia di professioni coinvolti,
2. la gestione del rischio clinico e delle infezioni ospedaliere,
3. la valorizzazione delle pratiche professionali attraverso piani di ricerca e di divulgazione scientifica.

Dall'analisi dei PFA e delle relazioni annuali sulle attività di formazione del personale si evince che gli operatori della dirigenza e del comparto fanno un notevole ricorso alla formazione volontaria mostrando una forte propensione all'auto-aggiornamento: tale dato, peraltro, conferma la tendenza già rilevata nel 1999 da una ricerca sui bisogni formativi condotta dalla cattedra di Psicologia sociale dell'Università degli Studi di Catania presso la stessa struttura. Lo studio aveva messo a confronto la propensione alla formazione su base individuale nel pubblico e nel privato sanitario e ha evidenziato una maggiore vocazione all'auto-formazione da parte degli operatori del privato. Ieri come oggi, si può inferire che la tendenza alla saturazione dei bisogni formativi su base individuale non è tesa a sopperire ad una carenza dell'offerta formativa interna che, peraltro, come documentano i PFA, appare ampia e diversificata, ma a caratteristiche individuali poiché la selezione del personale viene effettuata sulla base dei curricula e, nello specifico, viene valutata la ricchezza/validità delle esperienze formative e delle competenze maturate. In un'azienda dove non esiste un livello manageriale intermedio, si punta tutto sulla qualità dei professional e sull'eccellenza nelle specialità cliniche. La proprietà, che detiene anche le funzioni di management, sta pensando per il futuro a percorsi di formazione manageriale, poiché la crescita dell'organizzazione impone l'esigenza di qualificare i professional anche nella gestione manageriale in modo da convertire il modello organizzativo “burocratico” ad un modello organizzativo in grado di sostenere la complessità del cambiamento in corso.

2.4 DESCRIZIONE E CICLO DI ANALISI DEI FABBISOGNI FORMATIVI, PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Nei contesti analizzati, anche se con connotazioni diverse, la formazione prevista per il personale dipendente erogata in sede, avviene in collaborazione con personale docente afferente alle Università e ad Aziende sanitarie pubbliche.

Le attività formative sono predisposte in coerenza con le esigenze organizzative delle strutture. Lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità da definire con le istituende posizioni organizzative, nonché ogni altro caso di valorizzazione della professionalità richiesta per accedere al profilo superiore comporta l'avvio di percorsi formativi che siano in grado di soddisfare non solo i requisiti culturali e professionali di ingresso, ma anche di accrescerli, arricchirli e rispondere alle esigenze di "manutenzione" del profilo e di sviluppo del ruolo.

In tale panorama, l'offerta formativa della Scuola di Formazione Permanente del Campus Bio-Medico ha visto un forte impegno nelle iniziative dedicate alla formazione dei "ruoli critici" (Sono stati attivati ad esempio 2 Master: uno in Clinical risk management ed un altro in Facility management for global care che nel 2009 vedranno partire la seconda edizione) nonché una particolare attenzione alla formazione tecnico specialistica ed alla formazione al lavoro di squadra, lasciando ampia facoltà a ruoli di vertice, ruoli direzionali intermedi e professional nell'usufruire della possibilità offerta dalla SFC per quanto riguarda formazione manageriale e formazione su tematiche avanzate. Va infine messo in rilievo che Campus Biomedico ha destinato particolare attenzione alla formazione universitaria del personale infermieristico; più del 50% del personale infermieristico ha frequentato un Master biennale in management infermieristico con contenuti caratterizzanti di tipo specialistico/settoriale e gestionale (organizzati in collaborazione con il Mip, Politecnico di Milano). Nel corso degli anni, il Campus Bio-Medico ha attivato numerosi interventi formativi per i responsabili delle UOC (anni 96,97,98), su specifiche aree tematiche (gestionali, specialistiche).

L'Ufficio Formazione e Sviluppo del Policlinico "A. Gemelli" ha concentrato la propria attività nell'implementazione della progressione interna del sistema classificatorio, nell'ambito delle esigenze definite dalla dotazione organica, attraverso il supporto realizzato da efficaci iniziative di formazione secondo direttrici verticali e orizzontali con particolare attenzione alle nuove tecnologie di formazione a distanza. Per prassi consolidata e per specifica previsione contrattuale, le attività di formazione svolte all'interno dell'Ente si concludono con un attestato rilasciato al dipendente che vi abbia partecipato proficuamente.

Il Network Salute Sicilia ha concentrato la propria attenzione già da circa 4 anni allo sviluppo di un percorso di accreditamento per la qualità e, nell'ambito del progetto complessivo con l'ausilio di una società di consulenza, sono stati attivati progetti di MCQ con la partecipazione di tutti gli operatori. Nello specifico, sono stati oggetto di attenzione i percorsi clinico-assistenziali e di accoglienza dei pazienti per specialità, unitamente al miglioramento dei livelli di professionalità degli operatori.

Ogni 4 anni inoltre viene effettuata, con il supporto di una società esterna di consulenza, un'attività di assessment per quadri con età compresa tra 30-40 anni finalizzata a percorsi di carriera per l'alta dirigenza aziendale.

APPENDICE

CASI AZIENDALI PRIVATI

A. POLICLINICO UNIVERSITARIO “AGOSTINO GEMELLI” - ROMA

STRUMENTI PER DEFINIRE IL FABBISOGNO FORMATIVO

Presso la struttura privata accreditata Policlinico Universitario “Agostino Gemelli” la definizione del fabbisogno formativo, rispetto alle esigenze di formazione manageriale dell’alta dirigenza aziendale, avviene attraverso l’utilizzo dei seguenti strumenti:

- Linee Guida regionali: poiché la regione Lazio non ha attualmente emanato alcuna linea guida specifica, la struttura fa riferimento per l’attività formativa all’art 16-quinquies del D.lgs. 229/1999: formazione manageriale
- Normativa Contrattuale
- Questionari rivolti ai partecipanti dei corsi attivati (vedi Informazioni di dettaglio a fine capitolo)
- Curriculum Vitae.

Sulla base del Fabbisogno Formativo così definito, e di concerto con la Direzione del Personale, la Direzione Sanitaria, la Direzione del Policlinico e le Rappresentanze Sindacali, l’Ufficio Formazione e sviluppo procede con la progettazione e la gestione del Piano di Offerta Formativa (POF).

Il Piano di Offerta Formativa (POF) viene sviluppato quale contributo concreto in piena coerenza con:

- la caratterizzazione del Personale dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, attraverso la realizzazione di servizi rispondenti alle esigenze della persona sotto il profilo tecnico-professionale e relazionale;
- gli intenti e i valori guida per la qualità, stimolando l’apprendimento continuo e la formazione del sapere professionale, scientifico e tecnico;
- il contratto collettivo di lavoro del personale dell’UCSC, con particolare riferimento ai Principi contenuti al comma 1 dell’art. 51 del CCL 1998-2001 (che definisce la formazione come “leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti e per la realizzazione degli obiettivi programmati”).

Il (POF), così delineato, viene gestito dall’Ufficio Formazione e Sviluppo attraverso:

- l’organizzazione di appositi eventi formativi (previsti dalla normativa regionale o dai contratti);
- il supporto alle Unità Operative e ai Dipartimenti che intendono presentare eventi da inserire nel Piano Formativo Annuale;
- il reperimento delle risorse professionali, tecniche, strutturali ed economiche necessarie per la realizzazione dei programmi delle attività formative, comprese le convenzioni con le Università;
- lo svolgimento di attività di consulenza metodologica per i soggetti destinatari dell’attività formativa.

Descrizione dei fabbisogni formativi, progettazione degli interventi e realizzazione

La formazione prevista per il personale dipendente erogata in sede, avviene in collaborazione con personale docente afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e alla Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma.

Le attività formative sono predisposte in coerenza con le esigenze organizzative della struttura. Lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità da definire con le istituende posizioni organizzative, nonché ogni altro caso di valorizzazione della professionalità richiesta per accedere al profilo superiore, comporta l'avvio di percorsi formativi che siano in grado di soddisfare non solo i requisiti culturali e professionali di ingresso, ma anche di accrescerli, arricchirli e rispondere alle esigenze di "manutenzione" del profilo e di sviluppo del ruolo. In quest'ambito, la formazione si identifica come elemento di sostegno concreto, costante e coerente con le effettive necessità organizzative.

L'implementazione della progressione interna del sistema classificatorio, nell'ambito delle esigenze definite dalla dotazione organica, verrà supportata da efficaci iniziative di formazione secondo direttrici verticali e orizzontali con particolare attenzione alle nuove tecnologie di formazione a distanza.

Per prassi consolidata e per specifica previsione contrattuale le attività di formazione, svolte all'interno dell'Ente, si concludono con un attestato rilasciato al dipendente che vi abbia partecipato proficuamente.

Ogni 4 anni viene effettuata con il supporto di una società esterna di consulenza, un'attività di assessment per quadri con età compresa tra 30-40 anni finalizzata a percorsi di carriera relativi all'alta dirigenza aziendale.

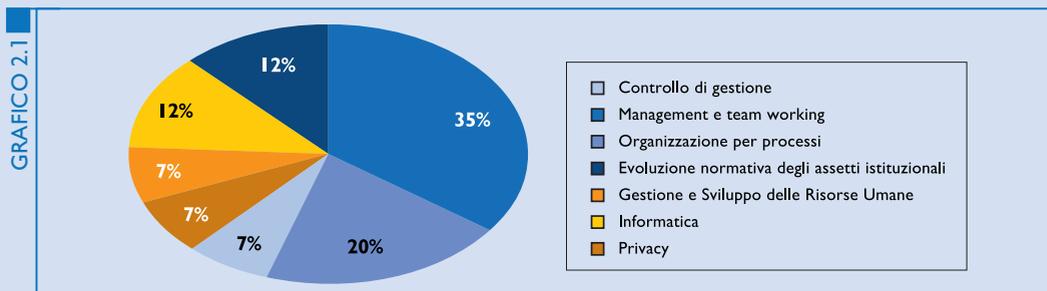
Attività formativa dedicata: Master di II livello in Organizzazione e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari svolto in collaborazione tra Facoltà di Medicina e Chirurgia; Facoltà di Economia e Policlinico "A. Gemelli" UCSC – Roma (ad oggi attivata la XIV Ed.).

Attività formativa realizzata per i ruoli dirigenziali

L'Ufficio Formazione e Sviluppo del Policlinico "A. Gemelli" ha attivato, nel periodo compreso tra il 1990 e il 2008, 41 corsi formativi dedicati al personale Dirigente Amministrativo e Sanitario.

Il grafico che segue riporta gli ambiti di intervento formativo trattati nel periodo 1990- 2008.

Ambiti di intervento formativo 1990-2008



Fonte: Agenas - Unità di ricerca CEIS/Università Tor Vergata di Roma

B. UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO – ROMA

STRUMENTI PER DEFINIRE IL FABBISOGNO FORMATIVO

Presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, per definire il fabbisogno formativo rispetto alle esigenze manageriali dell'alta dirigenza aziendale, vengono prese in considerazione:

- Linee Guida regionali: a livello nazionale si fa riferimento all'art. 16-quinquies del Decreto legislativo 229/99: formazione manageriale. La regione Lazio attualmente non ha emanato alcun decreto di attuazione di tale normativa nazionale;
- Questionari rivolti ai partecipanti dei corsi attivati: si tratta di questionari di customer satisfaction che mirano a valutare la percezione dei partecipanti sull'efficacia didattica del progetto. (vedi Informazioni di dettaglio a fine capitolo)
- Interviste individuali (vedi Informazioni di dettaglio a fine capitolo)

Il Piano Formativo aziendale viene progettato/gestito attraverso:

- una collaborazione trasversale tra:
 - a) Area Risorse Umane che dipende dal Direttore Amministrativo per gli aspetti gestionali e comportamentali
 - b) Direzione del Policlinico per l'addestramento tecnico (p.es. formazione iniziale neo assunti)
 - c) Didattica per gli aspetti più scientifici

l'organizzazione di appositi eventi formativi (previsti dalla normativa regionale o dai contratti). La normativa principale di riferimento è quella sulla formazione continua in medicina (dalla circolare del 5 marzo 2002 fino alla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina"), che prevede un sistema integrato di formazione tra il livello nazionale e quello regionale. Altro riferimento normativo a livello nazionale è il D. lgs. 81/2008 sulla sicurezza.

DESCRIZIONE DEI FABBISOGNI FORMATIVI, PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI E REALIZZAZIONE

Le iniziative di formazione manageriale sono rivolte anche a soggetti esterni, quali:

- Aziende ospedaliere che richiedono formazione specifica;
- Singoli privati che si iscrivono ai corsi organizzati e promossi dall'Ufficio.

La valutazione dei processi/percorsi formativi di Campus Biomedico Roma va ricondotta a diverse rilevanti variabili di contesto:

- il sistema di governance di Campus Biomedico e le relazioni tra i ruoli direzionali;
- i rapporti tra Università (Rettore, Senato Accademico) e Policlinico (teaching hospital a diretta gestione delle Università);
- il processo di attivazione di Campus Biomedico, struttura "giovane" nella offerta di assistenza, ricerca e formazione dei Policlinici Universitari di Roma pienamente operativa nel 2004;
- l'essere Campus Biomedico soggetto attivo nel campo di formazione (attraverso la Scuola di Formazione Continua creata nel 2001) e soggetto destinatario di interventi formativi (in particolare nella fase di start up attraverso un collegamento con Politecnico Milano MIP scuola formazione permanente).

La Scuola di Formazione Continua (SFC), istituita nel 2001, coordina tutta l'attività di lifelong learning dell'Università Campus Bio-Medico di Roma ad esclusione delle Scuole di Specializzazione in Medicina e dei dottorati di ricerca.

Realizza corsi di formazione in cinque macro-aree d'intervento:

- Area Medica: formazione rivolta a personale medico, finalizzata a garantire l'aggiornamento tecnico- scientifico e professionale;
- Area Professioni Sanitarie: comprende eventi formativi rivolti a tutti gli operatori sanitari, finalizzati ad affermare l'autonomia professionale nello svolgimento delle attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva;
- Area Tecnologica: formazione nell'ambito delle tecnologie avanzate non solo in ambito sanitario;
- Area Management: formazione manageriale, rivolta a quadri intermedi e apicali, sia sanitari che tecnici e amministrativi delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- Area Didattico-pedagogica: progetti a contenuto etico-pedagogico per la formazione del personale sanitario nel contesto culturale di riferimento.

PERCORSI FORMATIVI E RUOLI DIREZIONALI

Campus Biomedico si caratterizza, come altri Policlinici Universitari, per ruoli direzionali con presidio orizzontale (Università Policlinico) e con doppia dipendenza (modello a matrice) degli organi di governo (Rettore e CDA).

Ruoli Direzionali sono di conseguenza:

- Direttore Generale
- Direttore Amministrativo (Responsabile Servizi centralizzati)
- Direttore Sanitario (Policlinico)
- Direttore Infermieristico (Policlinico)
- Direttore Scientifico (Area Ricerca)

Esterni alla Direzione del Policlinico ma funzionali ai temi della formazione sono:

- Direttore Risorse Umane (che dipende dal Direttore Amministrativo) per l'analisi del fabbisogno formativo interno
- Direttore Scuola di Formazione Continua (che dipende dal Comitato esecutivo del CdA) per l'organizzazione e l'erogazione della formazione.

I primi quattro ruoli della Direzione del Policlinico operano secondo logica di "management team" (Policlinico Universitario); inoltre il DG è coinvolto nel Comitato esecutivo del CdA.

Il vertice direzionale non è stato destinatario di "interventi formativi "ad hoc"; si è lasciata la possibilità di partecipare ad iniziative formative interne (SFC) ed esterne (corsi brevi) e si sono valorizzate competenze e percorsi formativi acquisiti in precedenti esperienze professionali.

In particolare, il DG è stato coinvolto, nella fase conclusiva del proprio mandato, (autunno 2008), in un'iniziativa di formazione manageriale (EMPHA Executive master organizzato da LU-ISS Roma).

Sempre nel 2008 è stato coinvolto in alcune riunioni, organizzate dalla Regione Lazio, aperte ai DG dei Policlinici Universitari pubblici e privati con la prospettiva di organizzazione di eventi formativi "orizzontali" destinati agli stessi DG (Roma Sapienza Umberto I; Roma Tor Vergata PTV; Policlinico Gemelli; Campus Biomedico). Tale iniziativa, peraltro prevista dai Protocolli di intesa tra Regione Lazio e Policlinici Universitari (art. 9 Protocollo Intesa Regione Campus Biomedico) non è stata finora attivata.

PERCORSI FORMATIVI MIDDLE MANAGEMENT E PROFESSIONAL SANITARI

Assetto organizzativo di Campus Biomedico si caratterizza per la presenza di:

- Servizi centralizzati (6) area amministrativa, tecnica e logistica; di cui due dedicati alla gestione delle risorse umane;
- 2 Dipartimenti (Policlinico) (versione "debole"; primus inter pares);
- 27 UOC (Policlinico) con responsabilità Universitaria.

Complessivamente sono presenti circa 100 Centri di responsabilità/centri di costo; ad ogni responsabile è stato affidato (negli ultimi 3 anni) un budget destinato a formazione ed aggiornamento del personale (10.000 Euro anno).

Per i responsabili delle UOC sanitarie sono stati organizzati, nella fase di start up (anni 96,97,98) di Campus Biomedico, interventi formativi su specifiche aree tematiche (gestionali, specialistiche). Va infine messo in rilievo che Campus Biomedico ha destinato particolare attenzione alla formazione universitaria del personale infermieristico; più del 50% del personale infermieristico ha frequentato un Master biennale in management infermieristico con contenuti caratterizzanti di tipo specialistico/settoriale e gestionale (organizzati in collaborazione con il Mip, Politecnico di Milano).

Per l'a.a. 2009/2010 è stato elaborato un Piano Formativo Aziendale per la formazione del personale di reception (accoglienza e URP), servizio di trasporto degenti e capo sala, dirigenti e capi servizio della direzione amministrativa.

ATTIVITÀ FORMATIVA REALIZZATA PER LE DIREZIONI GENERALI

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico riserva particolare attenzione alla formazione tecnico specialistica ed alla formazione al lavoro di squadra, lasciando ampia facoltà a ruoli di vertice, ruoli direzionali intermedi e professional nell'usufruire della possibilità offerta dalla SFC per quanto riguarda formazione manageriale e formazione su tematiche avanzate. (Sono stati attivati ad esempio 2 Master: uno in Clinical risk management ed un altro in Facility management for global care che nel 2009 vedranno partire la seconda edizione).

Particolare attenzione è stata dedicata alla formazione valoriale, data la missione e l'identità di Campus Biomedico.

Nel 2007 è stata promossa un'iniziativa di formazione residenziale De magistro destinata a responsabili UOC sanitarie, i responsabili direzionali intermedi sanitari ad agli alti potenziali (professional sanitari) sul ruolo di "maestro", leader e mentore coerente con la Carta delle Finalità.

Al termine dei corsi vengono svolte attività di rilevazione della soddisfazione dei partecipanti attraverso la somministrazione di questionari di customer satisfaction.

Le esperienze pregresse dei partecipanti sono fondamentali per la riprogettazione di interventi analoghi. Ciò che dovrebbe essere approfondito è una valutazione delle attività formative da parte dei partecipanti, non solo a breve (a conclusione dell'evento), ma anche a medio termine.

NUOVE COMPETENZE E SPUNTI PER IL FUTURO

Dalle interviste è emerso che le esperienze pregresse dei partecipanti sono fondamentali per la riprogettazione di interventi analoghi. Ciò che dovrebbe essere approfondito è una valutazione delle attività formative da parte dei partecipanti, non solo a breve (a conclusione dell'evento), ma anche a medio termine.

In prospettiva si prevedono:

- Messa a regime del sistema di budget per la formazione destinato ai responsabili dei centri di costo;
- Avvio iniziative formative destinate agli alti potenziali;
- Replica di iniziative ed eventi formativi destinati alla formazione valoriale;
- Rafforzamento e consolidamento della funzione Formazione all'interno delle UO dei servizi centralizzati destinati alla gestione ad allo sviluppo del personale;
- Verifica di possibili iniziative congiunte sul tema della formazione manageriale con IESE Business School (Spagna), Università di Navarra (Spagna), Università Internazionale di Cataluña (Spagna).

C. NETWORK SALUTE SICILIA

Salute Sicilia rappresenta un network di aziende sanitarie private che operano da decenni nel campo della sanità. Le strutture, nascono da un progetto industriale portato avanti da un gruppo di imprenditori che operano nel settore sanitario da oltre trent'anni. Il Gruppo gestisce quattro Case di Cura private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale – Carmide, IOM, Villa dei Gerani, Musumeci Gecas che, nel 2009, gestiscono complessivamente 313 posti letto -, una R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) anch'essa accreditata, e un Centro di Diagnostica per Immagini e Radioterapia denominato "REM".

Le strutture sanitarie sono tutte collocate nella provincia di Catania.

Con l'avvio dell'Istituto Oncologico del Mediterraneo (IOM), il Gruppo Salute Sicilia, ha iniziato ad occuparsi, oltre che di media assistenza, anche di alte specialità. Tutte le strutture sono certificate ISO 9000.

L'Istituto oncologico del mediterraneo gestisce una casa di cura che include un dipartimento oncologico di alta specialità, con annesse specialità chirurgiche, articolato in unità funzionali.

La struttura è accreditata con il servizio sanitario nazionale come dipartimento oncologico medico, chirurgico, ed antalgico a degenza indistinta con decreto dell'Assessorato della sanità della regione siciliana.

Scopo dell'Istituto è quello di erogare servizi e prestazioni di diagnosi e cura, sia in regime di ricovero che in regime di day hospital, e di promuovere la ricerca e la didattica.

I suoi fini istituzionali nel campo della didattica sono:

- Partecipare alla formazione di medici e di specialisti nelle discipline di interesse, rendendo disponibili all'Università le proprie strutture, organizzazione e spazi per la didattica.
- Istituire corsi, in collaborazione con altre istituzioni accademiche, per la formazione manageriale in sanità.
- Ospitare scuole per infermieri e tecnici sanitari, di livello universitario e corsi per la formazione professionale di elevato livello scientifico e tecnologico.
- Assicurare l'aggiornamento continuo del personale anche allo scopo di coniugare di la cultura scientifica e assistenziale con la cultura organizzativa e gestionale
- Offrire opportunità di formazione, aggiornamento ed educazione alla salute, alla comunità, in particolare ai medici di base, ai volontari ospedalieri, ai pazienti e al pubblico.

STRUMENTI PER DEFINIRE IL FABBISOGNO FORMATIVO

Il Network è gestito secondo un modello manageriale soft: il presidente ed il consiglio di amministrazione si occupano della gestione della holding e delle politiche di sviluppo manageriale, il Direttore Sanitario e il Responsabile della Qualità si occupano della gestione clinico-amministrativa. La Direzione sanitaria gestisce tutte le attività di organizzazione lasciando ai professional la diretta gestione clinica del paziente (compilazione di cartelle cliniche e documenti sanitari).

La Direzione sanitaria è il fulcro dell'organizzazione, poiché integra le attività cliniche e quelle relative all'organizzazione interna, (turni, sostituzioni, aspetti igienico-sanitari, ecc.) oltre che dei compiti che le sono propri, in particolare: la gestione e la sorveglianza del rischio clinico e delle infezioni ospedaliere.

La selezione del personale è effettuata sulla base delle alte competenze tecnico-specialistiche (tutti i medici sono inquadrati come professional); inoltre, nella selezione sono privilegiate l'alta specializzazione, la ricchezza delle esperienze formative nonché l'esperienza professionale pregressa.

Uno degli indicatori che favorisce le progressioni di carriera, oltre alla perizia professionale, è

l'adesione, da parte del professionista, ad un modello organizzativo di "proprietà partecipata" dove il professionista è motivato e si impegna, in prima persona, per il proprio specifico ambito professionale, ad offrire un contributo alla crescita dell'Azienda. Anche se la tendenza sembra oggi ormai invertita, nel passato molti professionisti che si erano formati presso le cliniche del network sono poi migrati in Aziende sanitarie pubbliche.

Oggi l'adesione alla vision e alla mission aziendale costituisce l'elemento fondante per la progressione di carriera.

I Piani Formativi Aziendali sono redatti sulla base delle esigenze che emergono dalla normativa, dai contratti e sulla base di una analisi dei bisogni di formazione condotta dal Responsabile della Qualità con il supporto dei Responsabili dei diversi settori aziendali ed in stretta correlazione con gli obiettivi strategici aziendali.

Per la realizzazione delle attività formative e di ricerca che vengono svolte presso le cliniche del network viene fatto riferimento a formatori ed esperti interni ed esterni provenienti da università ed organizzazioni italiane ed estere con le quali il network intrattiene rapporti di collaborazione. Il modello di formazione che costituisce la specificità del network è la "Formazione sul campo", peraltro oramai assunta a modello privilegiato dal sistema di Educazione Continua in Medicina: si tratta della gestione partecipata e critica dei casi clinici e della sperimentazione ed implementazione di modelli e tecniche di valutazione, cura e riabilitazione dei pazienti ospiti presso le cliniche per le specifiche branche.

Per quanto concerne la formazione manageriale, dall'analisi documentale e dalle indicazioni emerse nei colloqui, si rileva che non sono mai state realizzate iniziative di tal sorta, anche se i professionisti che ricoprono ruoli manageriali hanno svolto attività dedicate su base volontaria. Emerge la necessità di organizzare percorsi di formazione manageriale, poiché, la crescita dell'organizzazione in termini di strutture, numeri e volumi di attività certamente impone una organizzazione più complessa e multilivello, secondo i modelli della sanità pubblica.

Il Network ha adottato il modello del dossier formativo individuale, infatti, ogni operatore ha una cartella personale dove viene annotata la carriera formativa ed eventuali variazioni nella posizione organizzativa dell'operatore.

3. ASSETTO DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE NEI CONTESTI EUROPEI

3.1 PREMESSA

L'identificazione di percorsi formativi idonei per l'alta dirigenza delle Aziende Sanitarie, è una tematica affrontata dalla maggioranza dei Paesi europei che sono stati interessati dal clima di riforme realizzate nella prospettiva del *New Public Management*.

Alla luce di tali evidenze, il presente capitolo intende descrivere le modalità attraverso le quali tre Paesi Europei, ovvero Francia, Regno Unito e Norvegia, hanno risposto alle nuove sfide del settore delineando percorsi dedicati allo sviluppo di una classe dirigente con competenze dedicate. In tale ambito, è stata analizzata l'offerta formativa rivolta all'alta dirigenza aziendale al fine di coglierne le caratteristiche principali in una prospettiva di riflessione costruttiva rispetto alla realtà del SSN.

3.2 METODOLOGIA

Il ramo della ricerca riferito all'analisi dei casi esteri ha seguito, per omogeneità, il medesimo iter di definizione degli strumenti di indagine adottato per i casi regionali. La selezione dei casi studio è stata svolta secondo criteri orientati ad individuare realtà caratterizzate da caratteristiche convergenti nel modello di sistema sanitario, dal clima di riforme istituzionali che ne ha caratterizzato i recenti assetti, dalla qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari erogati, nonché dall'esperienza maturata nell'ambito della formazione manageriale.

Alla luce degli obiettivi sopra descritti, si è scelto di sottoporre a survey i sistemi sanitari dei seguenti Paesi: Regno Unito, Francia e Norvegia. La survey è stata condotta in due fasi. Una prima fase è stata volta ad identificare, attraverso la letteratura di riferimento, le caratteristiche salienti dei sistemi sanitari selezionati e all'identificazione delle istituzioni competenti e coinvolte nell'ambito della formazione manageriale.

La ricerca stata svolta attraverso l'analisi di materiale documentale, contatti diretti telefonici e via email volti a studiare le seguenti variabili condivise con l'intero gruppo di ricerca:

- Assetto della Formazione nel Paese;
 - Organizzazione dell'ente responsabile/committente della formazione;
 - Dimensioni dell'offerta assistenziale;
 - Modello organizzativo dell'attività formativa;
- Modalità di gestione della Formazione manageriale;
 - I requisiti professionali richiesti alla direzione generale;
 - Presenza di un albo dei direttori generali;

- Mappatura dell'offerta Formativa per la direzione generale;
- Modalità di valutazione dei percorsi formativi;
- Impatto sulle modalità di selezione dei direttori generali.

3.3 ASSETTO E MODALITÀ DI GESTIONE DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE DEI PAESI ANALIZZATI

La survey condotta ha posto in evidenza la presenza di una diversa intensità nel peso delle indicazioni e delle politiche del Governo centrale rispetto alla tematica oggetto di studio. Se da un lato tali diversità possono essere spiegate dall'evoluzione storica e politica, quindi culturale, degli apparati istituzionali, dall'altro le modalità di gestione, erogazione dei programmi formativi di matrice manageriale sanitario sovvertono in parte le aspettative.

In tutti e tre i sistemi analizzati, l'Autorità pubblica centrale deputata alle politiche sanitarie, svolge un ruolo di indirizzo strategico nell'ambito delle politiche formative in accordo con le linee di sviluppo del governo centrale.

In tale ambito, la Norvegia sembra avere il sistema meno centralizzato, a questa, in termini di intensità della centralizzazione, seguono la Francia e il Regno Unito.

La Norvegia, infatti, richiede come requisiti d'ingresso alle cariche dirigenziali la certificazione e il periodico aggiornamento di competenze manageriali specifiche per il settore sanitario. Tuttavia i programmi formativi, in tale contesto, sono attivati principalmente da due Università, la University of Oslo, pubblica, e la University of Victoria Business – BI – privata, a questi programmi di affiancano i corsi attivati dall'associazione dei medici. Ai fini dello studio è importante sottolineare l'assenza di un albo specifico per la Dirigenza Generale che potrebbe, in parte, riflettere la caratterizzazione dell'organizzazione di rappresentanza dei medici come associazione e non come ordine.

Il sistema formativo francese si colloca, a dispetto delle aspettative, ad un livello intermedio in termini di centralizzazione. All'interno del sistema francese la formazione manageriale dei Dirigenti delle organizzazioni sanitarie è delegata in forza di legge all'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Quest'ultima regola il ciclo di formazione teorica e pratica ai sensi dell'articolo 10 del decreto del 13 febbraio 1996. I requisiti d'ingresso ai programmi formativi attivati dall'EHESP sono i medesimi requisiti che consentono, una volta completato il ciclo formativo, di ricoprire incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie pubbliche (decreto n.291 del 2005 I parte, art. 4). Prima della loro entrata in formazione, i candidati sono tenuti a sottoscrivere un ingaggio in una struttura ospedaliera per la durata di dieci anni. I candidati che hanno superato la prova finale degli anni di formazione possono scegliere il posto assegnatogli dalla classifica redatta dal Ministero della sanità. Per coloro invece che non hanno superato la prova di fine formazione, vengono licenziati se non avevano già una carica di funzionario, altrimenti vengono rimessi a disposizione della loro amministrazione d'ori-

gine. Su proposta motivata della giuria, possono tuttavia essere ammessi alla seconda parte della loro formazione della durata eguale alla metà della durata totale del ciclo, a meno che non vi siano apportate modifiche dal decreto del Ministero della Sanità.

Non si riscontra la presenza di un vero e proprio albo dei direttori generali, tuttavia i dirigenti ospedalieri formano un corpo che rientra nella categoria A¹ della funzione pubblica ospedaliera e possono esercitare le loro funzioni come dirigenti di struttura o come direttori aggiunti.

L'assetto della formazione manageriale nel Regno Unito, appare essere quello maggiormente centralizzato. Dalle informazioni pervenute di rileva la presenza di due organizzazioni deputate a intervenire nel processo di formazione e assunzione dei Chief executive in ambito sanitario ovvero: Institute for Improvement and Innovation e l'Appointment Commission. L'Institute for Improvement and Innovation ha infatti sviluppato due tipologie di programmi formativi, il primo rivolto ai senior managers, il secondo ai neolaureati, tesi a sviluppare adeguate competenze di leadership e management al fine di formare professionalità coerenti rispetto alle linee evolutive strategiche del NHS. I Programmi formativi dedicati ai profili manageriali sono sviluppati di concerto con il DH, con le SHAs e con i Trusts accreditati dal programma. In un'ottica di sviluppo della leadership a livello di intero sistema le caratteristiche richieste ai dirigenti delle strutture di offerta del NHS sono dettagliate da documenti quali il NHS Plan and Shifting the Balance of Power², tuttavia non si rileva la presenza di una vera e propria previsione legislativa. I requisiti di accesso ai ruoli dirigenziali possono quindi essere principalmente ricondotti ai requisiti di accesso ai programmi formativi di tipo executive, attivati dall'Institute for Improvement and Innovation, che a vario livello consentono l'ingresso dei candidati nei percorsi di carriera orientati alla dirigenza in ambito sanitario.

L'altra istituzione che interviene nel percorso di carriera dei Chief Executive è l'Appointment Commission. Quest'ultima si configura come un'organizzazione indipendente finalizzata alla nomina dei Chief Executive e dei non - executive directors per: Strategic Health Authorities, Primary Care Trusts, Ambulance Trusts, Mental Health Trusts, Hospital Trusts, Department of Health Arms Length Bodies.

Nel contesto del NHS non sono presenti registri/albi dei direttori generali a livello sia centrale che regionale. Gli albi presenti sono una forma di associazionismo privato la cui iscrizione è lasciata all'iniziativa personale e non sono specifici per il settore sanitario. Per l'iscrizione all'albo è necessario conseguire, oltre alla copertura di una posizione dirigenziale, attestati specifici rilasciati da associazioni. Il principale esempio di forma di associazionismo di categoria è rintracciabile nell'Institute of Director.

¹ Il corpo dei funzionari pubblici è regolato dal decreto n. 84-1206 del 28 dicembre 1984. I membri di questo corpo sono assunti e nominati dal direttore generale dell'*Institut National de la santé et de la recherche médicale*. L'INSERM è stato creato nel 1964, è una struttura pubblica a carattere scientifico e tecnologico, sotto la doppia tutela del *Ministère de la Santé* e del *Ministère de la Recherche*.

² Report pubblicato dal Department of Health, 9 febbraio 2007.

3.4 CONFRONTO DEI PROGRAMMI FORMATIVI DEDICATI

Nei contesti analizzati, i programmi dedicati alla formazione manageriale in ambito sanitario sono tutti erogati in modalità executive, con una durata che oscilla dai 12 mesi, in Norvegia, ai due anni in Francia e Regno Unito. L'accesso e la frequenza a tali programmi formativi, per i dettagli visionare i relativi report, sono requisito base per l'accesso ai ruoli alto dirigenziali. La selezione dei futuri dirigenti, specie in Francia e nel Regno Unito, avviene quindi principalmente nella fase di accesso ai programmi formativi stessi. Tali programmi prevedono, nelle loro diverse connotazioni, una fase di didattica e una fase intensiva di stage nelle strutture accreditate dalle istituzioni formatrici. I test di ammissione sono estremamente rigidi, la rispondenza ai requisiti formativi di accesso è solo il primo step al quale seguono, generalmente, uno o più test scritti, e un colloquio orale teso a verificare conoscenze e spinta motivazionale.

L'analisi così condotta ha fatto emergere come, a parità di drivers evolutivi nell'articolazione dell'organizzazione del sistema sanitario, le risposte dei Paesi analizzati siano state univoche prediligendo la scelta di piani formativi per l'alta dirigenza svolti su scala nazionale, al fine di uniformare le competenze sul territorio in una prospettiva di sinergia e rilancio competitivo del sistema sanitario nel suo complesso.

APPENDICE CASI INTERNAZIONALI

1. Assetto della formazione nel Paese
2. Modello di organizzazione dell'attività formativa
3. Mappatura dell'offerta formativa per la direzione generale e dettaglio dei programmi formativi
4. Modalità di valutazione dei percorsi formativi e linee di sviluppo

A. FRANCIA, LA “SECURITÉ SOCIALE”

Assetto della Formazione nel Paese

“Le Ministère de la Santé et des Sports” ha autorità rispetto alle seguenti Direzioni:

- Direzione generale della salute (DGS)
- Direzione dell'ospedalizzazione e dell'organizzazione delle cure (DHOS).

In Francia la DGS è la principale autorità che definisce le politiche di sanità pubbliche, si occupa dell'assistenza e della sicurezza a livello sanitario.

Organizzazione della Direction Générale de la Santé in Francia

TABELLA 3.1

Direction Générale de la Santé

La Direction Générale de la Santé fornisce i servizi di segretariato al Consiglio superiore d'igiene pubblica francese, alla sicurezza sanitaria nazionale, all'Alto Comitato di Salute Pubblica, la Conferenza Nazionale della Sanità e alla Commissione nazionale della medicina e della biologia riproduttiva e la diagnosi prenatale.

Con la riorganizzazione del 2007 vengono apportate le seguenti modifiche alla ripartizione delle competenze tra la DGS e gli altri enti:

il trasferimento della DAGPB verso la direzione della tutela amministrativa e finanziaria.

I temi riguardanti le professioni sanitarie (formazione continua, stato, demografia) vengono rilevate dalla direzione dell'ospedalizzazione e dell'organizzazione delle cure (DHOS³). Le questioni relative alla gestione degli allarmi e delle urgenze sanitarie rientrano sotto la responsabilità del DGS⁴.

Miglioramento dell'integrazione dei servizi in materia di sicurezza sanitaria.

In Francia sono presenti quattro strutture di sostegno strategico alla Direzione Generale.

- 1) La *Mission de l'analyse stratégique, de la prospective, de la recherche et de l'appui scientifique* (MASPRAS). Ha l'obiettivo di sviluppare un'analisi strategica basandosi su potenziali problemi di sanità pubblica e rischi per la salute; di fornire un supporto scientifico nel relativo know-how; di coordinare le esigenze di ricerca della *Direction et d'assurer l'interface avec la Direction de la recherche des études, des évaluations et des statistiques* (Drees), il *Ministère de la recherche et les organismes concernés* (INSERM), e l'*Agence nationale de la Recherche* (ANR); di assicurare le funzioni del Segretariato generale del Consiglio superiore della sanità pubblica.
- 2) La *Mission de la qualité et du management* (MQM). Questa nuova struttura è responsabile per assistere la direzione generale nel suo piano strategico di governo; proporre le politiche e il progresso della Direzione Generale della Sanità; mantenere l'organizzazione; a migliorare e sviluppare una cultura manageriale; di instaurare e sviluppare qualità.

segue

³ La *Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins* (DHOS) si occupa dei medici e delle professioni sanitarie.

⁴ La *Direction générale de la santé* (DGS) è responsabile della preparazione e della risposta alle urgenze sanitarie, che rientrano nel contesto del sistema delle cure.

- 3) La *Mission des affaires européennes et internationales* (MAEI). Questa struttura ha lo scopo di garantire e promuovere l'inclusione della dimensione europea e internazionale nelle attività di gestione. In collaborazione con i servizi interessati della Direzione, prepara un progetto di posizione francese su temi d'attualità europea e internazionale pertinenti alle competenze delle direzioni generali; contribuisce alla definizione della posizione francese di testi in seguito alle istanze comunitarie e internazionali.
- 4) La *Mission de l'information et de la communication* (MICOM). Esso garantisce: la comunicazione interna (agenti della direzione e della gestione); la comunicazione verso l'esterno (stampa, edizioni, dossier su Internet e dossier nelle aree di competenza pubbliche delle direzioni generali); comunicazione sotto la direzione di emergenza o di crisi sanitaria, in particolare per professionisti del settore sanitario.

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CEIS/Università Tor Vergata di Roma

Gli ultimi dati disponibili con riferimento all'offerta assistenziale per tipologia di struttura sono aggiornati al 2006:

• Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	31
• Centre hospitalier (CH)	520
• Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	91
• Hôpital local	346

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

All'interno del sistema francese la formazione manageriale dei Dirigenti delle organizzazioni sanitarie è delegata in forza di legge all'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Essa regola il ciclo di formazione teorica e pratica ai sensi dell'articolo 10 del decreto del 13 febbraio 1996 dove sono compresi periodi d'insegnamento per un periodo complessivo di dodici mesi e dei periodi di stage di dodici mesi. Questi periodi sono distribuiti secondo il calendario fissato dal direttore de l'Ecole nazionale de la santé publique (ENSP).

I corsi di stage si svolgono nelle strutture sanitarie pubbliche, nelle case di cura per anziani con massimo 150 posti letto o in strutture con oltre 150 posti letto dotate però di un reparto geriatrico. Questi corsi sono condotti sotto la guida e la responsabilità del direttore della Scuola nazionale di sanità pubblica, con l'assistenza di un supervisore, che può essere un direttore di struttura sanitaria o sociosanitaria o un membro del team di direzione. (Art. 2 del decreto del 9 ottobre 1998).

L'assunzione e la formazione del personale di gestione è regolata dal decreto n.291 del 2005 I, e precisamente all'art.4.

Sono nominati come personale della direzione coloro che hanno seguito un ciclo di formazione teorico e pratico come stage previsto dall'Art.37 della legge del 9 Gennaio 1986, della durata dai ventiquattro ai ventisette mesi, organizzati dall'Ecole des hautes études en santé publique, e che hanno superato la prova d'esame del periodo di fine formazione.

Sono ammessi a seguire il ciclo di formazione teorico e pratico i candidati che hanno superato le prove di concorsi esterni e/o interni nel numero di posti a disposizione rispettando le seguenti proporzioni:

Con un tasso minimo del 60% e massimo del 67% dei posti messi a disposizione tra i due concorsi, il concorso esterno è aperto alle persone che abbiano compiuto minimo quaranta anni il primo gennaio dell'anno del concorso e che siano titolari di uno dei diplomi che vengono richiesti per l'ammissione al concorso esterno che permette di entrare nella Scuola Nazionale dell'Amministrazione.

Con un tasso minimo del 33% e massimo del 40% dei posti messi a disposizione tra i due concorsi, il concorso interno è aperto ai funzionari e agli agenti di Stato, ai militari ed ai magistrati, ai funzionari ed agli agenti delle collettività territoriali e delle loro strutture pubbliche a

carattere amministrativo, ai funzionari ed agli agenti menzionati nell'articolo 2 della legge del 9 gennaio 1986 ed inoltre possono candidarsi i funzionari di un'organizzazione internazionale intergovernativa; i candidati devono provare o i due anni di servizio dalla presa del titolo, dove però non devono essere fatti ricomprendere i periodi di stage e di formazione presso scuole o strutture che aprono l'accesso alla funzione pubblica, o quattro anni di servizio pubblico. L'anzianità del servizio si esige ed è calcolata il 1 Gennaio dell'anno del concorso.

L'ammissione ai corsi di formazione non può essere provata per più di 3 volte. Il limite d'età può essere ritardato o soppresso dalle condizioni previste dal testo legislativo e regolamentare in vigore. Il numero dei posti a disposizione e la loro ripartizione tra i due concorsi è fissata ogni anno dal Ministro della Sanità. La giuria è uguale per entrambi i concorsi (esterni/interni). Il programma, le modalità di organizzazione del concorso, le modalità di riparto dei posti tra i due concorsi così come la composizione della giuria sono fissati da un decreto del Ministero della Sanità.

I candidati che vengono ammessi al ciclo di formazione sono nominati aspiranti direttori dal Ministro della Sanità.

Prima della loro entrata in formazione, i candidati sono tenuti a sottoscrivere un ingaggio in una struttura ospedaliera per la durata di dieci anni. I candidati che hanno superato la prova finale degli anni di formazione possono scegliere il posto assegnatogli dalla classifica redatta dal Ministero della sanità. Per coloro invece che non hanno superato la prova di fine formazione, vengono licenziati se non avevano già una carica di funzionario, altrimenti vengono rimessi a disposizione della loro amministrazione d'origine. Su proposta motivata della giuria, possono tuttavia essere ammessi alla seconda parte della loro formazione della durata eguale alla metà della durata totale del ciclo, a meno che non vi siano apportate modifiche dal decreto del Ministero della Sanità.

Per quanto riguarda la convalida richiesta per l'incarico nel corpo del DH viene fatto in parte sotto forma di valutazione continua. Questa valutazione è basata sull'insegnamento ricevuto dalla scuola. È accompagnata da una valutazione sullo stage ospedaliero, sul lavoro di fine formazione e su altri lavori richiesti agli studenti. Gli ultimi tre mesi della formazione sono riservati alla specializzazione. Dopo la convalida della formazione, la DHOS procede al collocamento.

I dirigenti ospedalieri formano un corpo che rientra nella categoria A della funzione pubblica ospedaliera e possono esercitare le loro funzioni come dirigenti di struttura o come direttori aggiunti.

MAPPATURA DELL'OFFERTA FORMATIVA PER LA DIREZIONE GENERALE E DETTAGLIO DEI PROGRAMMI FORMATIVI

I requisiti di accesso al programma formativo sono riportati nella sezione "Requisiti per la professionali per la carica di Direttore Generale".

I concorsi per la partecipazione al programma formativo sono organizzati dal Ministero della Salute. Segue il dettaglio del processo di selezione dei candidati ripartito tra: modalità di accesso per funzionari già inseriti in organizzazioni sanitarie pubbliche e modalità di accesso per candidati con esperienza lavorativa esterna al settore pubblico.

Per accedere ai *concorsi interni* risulta necessario ricoprire il ruolo di funzionario o agente dello Stato, di enti locali o/e strutture pubbliche di natura amministrativa; giustificare due anni di servizio dalla nomina (nei quali non vengono compresi gli eventuali periodi di tirocinio o di formazione professionale in una scuola o un ente che fornisce l'accesso agli appalti pubblici di servizi), oppure quattro anni di servizio pubblico; inoltre bisogna essere di nazionalità francese. Per accedere ai *concorsi interni* risulta necessario aver compiuto 40 anni o più entro il primo gennaio dell'anno del concorso. Essere titolari (salvo deroghe previste dalla legislazione in vigo-

re) di uno dei titoli richiesti per l'ammissione ai concorsi esterni alla Scuola Nazionale di Amministrazione; essere di nazionalità francese.

La formazione è costituita da un nucleo unico di 24 mesi e di una specializzazione professionale di 3 mesi in strutture accreditate (strutture ospedaliere, aziende, strutture ospedaliere europee o al di fuori dell'Europa): 15 unità didattiche e 2 unità di insegnamento di stage per la formazione sul posto di lavoro.

Tirocini previsti:

Sono previsti degli stage ospedalieri che consentono l'osservazione e la scoperta dell'ambiente ospedaliero: attività, lavori ed organizzazione aziendale, funzionamento. Il corso è organizzato dal supervisore ed è soggetto ad un obiettivo che garantisca la professionalità e la formazione personalizzata.

Sono previsti anche stage esterni con l'obiettivo di rendere possibile l'osservazione e l'analisi dei metodi di management che riguardano le pratiche delle strutture ospedaliere e delle politiche di sanità pubblica all'estero.

Per quanto riguarda la convalida richiesta per l'incarico nel corpo del DH viene fatto in parte sotto forma di valutazione continua. Questa valutazione è basata sull'insegnamento ricevuto dalla scuola. È accompagnata da una valutazione sullo stage ospedaliero, sul lavoro di fine formazione e su altri lavori richiesti agli studenti. Gli ultimi tre mesi della formazione sono riservati alla specializzazione. Dopo la convalida della formazione, la DHOS procede al collocamento.

La formazione di orientamento al lavoro si compone di sessioni annuali di formazione destinati dal personale di direzione.

Per la formazione continua l'EHESP propone dei percorsi adatti ai direttori delle strutture di cura così che accompagnino le evoluzioni della loro struttura e del sistema sanitario in generale.

MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI PERCORSI FORMATIVI E LINEE DI SVILUPPO

La valutazione dei programmi attivati dal NHS risiede principalmente nelle performance on the job dei partecipanti ai corsi stessi. I soggetti selezionati sono infatti affidati nel corso della propria esperienza a tutor di riferimento all'interno del contesto organizzativo in cui sono inseriti, al fine di creare un feedback continuo e proficuo per lo sviluppo delle competenze del soggetto coinvolto. Non sono stati segnalati strumenti di rilevazione strutturati.

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 SSS, viene ritenuto positivo. Le dinamiche di carriera e selezione insite nei programmi stessi consentono di delineare un sistema che sviluppa le competenze dei ruoli strategici in modo organico e coerente con le linee di indirizzo a livello centrale. La soddisfazione dei partecipanti è di alto livello a testimonianza del bilanciamento tra impegno richiesto e risultati ottenuti in termini di percorso di carriera.

La positiva esperienza riportata è confermata dal ritorno degli investimenti effettuati a livello formativo. I programmi previsti EHESP sono aggiornati in virtù delle modifiche delle linee strategiche di sviluppo delle politiche sanitarie promosse dal Ministero.

B. REGNO UNITO, IL NATIONAL HEALTH SERVICE

ASSETTO DELLA FORMAZIONE NEL PAESE

Il Department of Health (DH) è il livello Istituzionale centrale del National Health Service. Il dipartimento controlla grazie alle England's Strategic Health Authorities (Sha's) presenti sul territorio tutte le attività del NHS.

Le amministrazioni decentrate di Scozia, Galles e Irlanda del Nord gestiscono attraverso accordi con il DH i loro servizi locali del NHS.

A febbraio 2009 i dati ufficiali del National Health Service dettagliano un'offerta assistenziale così ripartita per tipologia di struttura:

- 175 Acute NHS Trusts
- 115 Foundation Trusts
- 60 Mental Health NHS Trusts

Organizzazione del Department of Health (DH) in Gran Bretagna

TABELLA 3.2

Department of Health (DH)

Il DH si occupa di supportare il Ministro della Salute nella leadership strategica del NHS e dei servizi socio sanitari.

Per svolgere tale funzione il DH è strutturato in un Corporate management Board, che comprende al suo interno 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.

I priorities setting stability dal DH vengono sviluppati nello specifico attraverso collaborazioni con le principali Istituzioni del NHS quali:

- Health and Social care Information Center;
- Appointment Commission: organizzazione indipendente finalizzata alla nomina dei Chief Executive e dei non-executive directors per: Strategic Health Authorities, Primary Care Trusts, Ambulance Trusts, Mental Health Trusts, Hospital Trusts, Department of Health Arms Length Bodies
- NHS Business Service Authority;
- NHS Blood and Trasplant Authority;
- NHS Connecting for Health;
- Institute for Innovation and Improvement: supporta lo sviluppo del NHS in un'ottica di miglioramento continuo anche attraverso l'offerta di programmi formativi rivolti allo sviluppo delle capacità manageriali e di leadership specifiche rispetto alle esigenze del NHS.
- NHS Litigation Authority;
- NHS Purchasing and Supply;
- NHS Professionals

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CEIS/Università Tor Vergata di Roma

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

L'attività formativa per i profili manageriali comprende programmi promossi a livello centrale dall'Institute for Improvement and Innovation tesi a sviluppare adeguate competenze di leadership e management al fine di formare professionalità coerenti rispetto alle linee evolutive strategiche del NHS. I Programmi formativi dedicati ai profili manageriali sono sviluppati di concerto con il DH, con le SHAs e con i Trusts accreditati 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. I requisiti di accesso ai ruoli dirigenziali possono quindi essere principalmente 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 (cfr. Programmazione degli Interventi Formativi).

Nel contesto del NHS non sono presenti registri/albi dei direttori generali a livello sia centrale che regionale. Gli albi presenti sono una forma di associazionismo privato la cui iscrizione è lasciata all'iniziativa personale. Per l'iscrizione all'albo è necessario conseguire, oltre alla copertura di una posizione dirigenziale, attestati specifici rilasciati da associazioni. Il principale esempio di forma di associazionismo di categoria è rintracciabile nell'Institute of Director.

L'Institute of Director è un'associazione che prevede una rete professionale di che copre tutti i settori economici. L'adesione allo IOD è lasciata, come anzidetto, all'iniziativa personale. A fronte dall'iscrizione i membri ricevono una varietà di benefici, comprese informazioni, consulenze, partecipazioni a convegni e disponibilità di pubblicazioni a supporto del loro potenziale. L'Institute of Director fornisce inoltre la possibilità di frequentare un ciclo di corsi di formazione. Il diploma professionale conseguito attraverso le attività formative si configura come il primo passo per accedere alla "Chartered Director", ossia la qualifica professionale dei dirigenti. Lo IOD offre, quindi, un unico pacchetto di sviluppo, con il conseguimento del diploma permette di progredire sino ad arrivare alla qualifica di Chartered Director.

MAPPATURA DELL'OFFERTA FORMATIVA PER LA DIREZIONE GENERALE E DETTAGLIO DEI PROGRAMMI FORMATIVI

L'offerta formativa si compone di due programmi principali:

- Gateway to Leadership
- NHS Graduate Management Training Skills:
 - Finance Management;
 - Health and Public Leadership;
 - Human Resources Management;
 - Informatics Management.

Gateway to leadership

Programma di formazione riservato a senior managers con un profilo aziendale o clinico. Per accedere al programma è necessario avere un 2:2 degree o equivalente e dimostrare una sostanziale capacità nel gestire:

- progetti e problemi complessi in forma autonoma
- budget rilevanti;
- abilità nel collaborare con organizzazioni sensibilmente diverse;
- approccio alla gestione orientato al miglioramento dei servizi nella prospettiva dei pazienti.

La valutazione di questi aspetti avviene attraverso la compilazione di 3 test online tesi a valutare le capacità logiche, numeriche e linguistiche. Al superamento del test si affianca un colloquio presso una delle SHA's accreditate in funzione delle abilità e potenzialità emerse dal test.

NHS Graduate Management Training Skills

Il programma di Formazione è articolato su tre percorsi diversi: Finance Management; Health and Public Leadership; Human Resources Management; Informatics Management.

La Selezione avviene progressivamente attraverso tre step: test online tesi a valutare le capacità logiche, numeriche e linguistiche; intervista condotta da due managers del NHS tesi a valutare le competenze del candidato; partecipazione al National Leadership Challenger.

MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI PERCORSI FORMATIVI E LINEE DI SVILUPPO

La valutazione dei programmi attivati dal NHS risiede principalmente nelle performance on the job dei partecipanti ai corsi stessi. I soggetti selezionati sono infatti affidati nel corso della propria esperienza a tutor di riferimento all'interno del contesto organizzativo in cui sono inseriti, al fine di creare un feedback continuo e proficuo per lo sviluppo delle competenze del soggetto coinvolto. Non sono stati segnalati strumenti di rilevazione strutturati.

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. Le dinamiche di carriera e selezione insite nei programmi stessi consentono di delineare un sistema che sviluppa le competenze dei ruoli strategici attraverso la formazione sul campo, supportata da un'intensa e finalizzata attività didattica. La soddisfazione dei partecipanti è di alto livello a testimonianza del bilanciamento tra impegno richiesto e risultati ottenuti in termini di progressi rapidi di carriera.

La positiva esperienza riportata è confermata dal ritorno degli investimenti effettuati a livello formativo, al fine di sviluppare un sistema sanitario coerente con gli elementi di centralità del paziente nell'erogazione del servizio e capacità manageriali e di leadership dei dirigenti.

C. NORVEGIA, IL NORSKE HELSETJENESTEN

ASSETTO DELLA FORMAZIONE NEL PAESE

Il sistema sanitario pubblico della Norvegia è amministrato dal Ministero della Sanità e degli Affari Sociali, il Norske Helsetjenesten, che rappresenta l'organo responsabile per la pianificazione e il monitoraggio delle politiche volte a salvaguardare la salute nazionale. La responsabilità in merito alla pianificazione e all'erogazione dei servizi è decentrata ai livelli regionali e comunali dell'amministrazione pubblica nei limiti delle risorse disponibili. Essendo un modello decentralizzato, i comuni hanno il compito di provvedere ai servizi sanitari primari tra i quali possiamo riscontrare:

- La promozione dell'attività di prevenzione primaria e secondaria, inclusa l'organizzazione e la gestione di tali attività all'interno delle strutture scolastiche, assistenziali. L'attività copre, a tal fine, anche servizi di check-up per gravidanza e servizi di vaccinazione.
- Servizi di diagnosi, trattamento e riabilitazione. Tra questi sono incluse anche le prestazioni di medicina generale, inclusi i servizi di emergenza, fisioterapia e assistenza infermieristica.
- Assistenza infermieristica all'interno e all'esterno delle strutture d'offerta. I comuni risultano infatti responsabili dei servizi di assistenza infermieristica domiciliare nelle sue varie declinazioni.

Le autorità locali sono inoltre responsabili per l'erogazione di cure odontoiatriche rispetto alle seguenti fasce di popolazione: bambini e adolescenti sino ai 21 anni; portatori di handicap, anziani, disabili, e pazienti affetti da malattie croniche ricoverati presso strutture specialistiche o che usufruiscono di assistenza infermieristica domiciliare.

La medicina del lavoro è invece organizzata secondo due modalità: in forma privata attraverso delle convenzioni tra aziende e ambulatori specialistici, oppure, per le aziende più grandi si può riscontrare la presenza di tale servizio direttamente all'interno dell'azienda stessa.

Le province e le cinque regioni sanitarie provvedono ai servizi più specialistici, tra i quali figura l'assistenza ospedaliera.

Istituzioni pubbliche del settore sanitario e organizzazione del Directorate of Health in Norvegia

TABELLA 3.3

Istituzioni Pubbliche presenti nel settore sanitario:

- The Norwegian Biotechnology Advisory Board (Bioteknologinemnda)
- Norwegian Labour and Welfare Organisation (Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV))
- The Norwegian Ministry of Health and Care Services (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD))
- The Norwegian Food Safety Authority (Mattilsynet)
- Norwegian Institute of Public Health (Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI - Folkehelseinstituttet))
- Norwegian Health Services Research Centre (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten)
- The Norwegian System of Compensation to Patients (Norsk pasientskadeerstatning (NPE))
- Norwegian Directorate of Health (Helsedirektoratet)
- The Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion (Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID))
- The Norwegian Radiation Protection Authority (Statens strålevern (NRPA))
- The Norwegian Registration Authority for Health Personnel (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH))
- The Norwegian Appeals Board for Health Personnel (Statens helsepersonellnemnd (HPN)) (only in Norwegian)
- Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS))
- Norwegian Medicines Agency (Statens legemiddelverk (SLV))

Directorate of Health

Il Directorate of Health si occupa in forma specifica dell'area riferita alla salute pubblica, unitamente alle conzioni di vita e ai servizi di assistenza sanitaria. Questo ruolo istituzionale comporta i compiti di seguito descritti:-

segue

Responsabilità del monitoraggio delle condizioni e dei trends riferiti alla salute pubblica e alle condizioni di vita. Tale monitoraggio è finalizzato a fornire indicazioni a supporto delle strategie del governo centrale e alla pubblicazione di linee guida su tematiche specifiche rivolte ai soggetti istituzionali, strutture coinvolte nell'offerta di servizi assistenziali e pazienti.- Attività di confronto e approfondimento delle conoscenze su specifiche tematiche, finalizzate alla pubblicazione di standard di comportamento. -Supporto tecnico –scientifico verso stakeholders esterni appartenenti ad altri settori su tematiche sanitarie. Il Directorate of Health svolge un ruolo di rilievo anche nell'applicazione e interpretazione delle leggi riguardanti il settore sanitario, garantendo l'implementazione delle politiche definite a livello centrale.

Fonte: Agenas - Unità di ricerca CEIS/Università Tor Vergata di Roma

MODELLO DI ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

Le attività formative relativamente ai ruoli di direzione generale delle strutture sanitarie di vario livello prevedono la definizione di linee strategiche d'indirizzo da parte del Ministero della Salute. Alla luce di tali linee, l'attività formativa viene erogata da due strutture universitarie: la University of Victoria Business (BI); e l'Istitute of Health Management dell'Università pubblica di Oslo. Per accedere alla carica di Direttore Generale è necessario aver frequentato dei corsi formativi volti all'approfondimento delle tematiche manageriali strettamente correlate all'attività e alle responsabilità contestuali di tale ruolo.

Non si registra la presenza di albi per i direttori generali.

MAPPATURA DELL'OFFERTA FORMATIVA PER LA DIREZIONE GENERALE E LINEE DI SVILUPPO

L'offerta formativa si articola attraverso corsi erogati dalle seguenti istituzioni:

- University of Oslo (Pubblica)
- University of Victoria Business - BI (privata)
- Legeföreningen – ordine dei medici, che si configura come un'associazione

I corsi sono rivolti sia a personale medico che a manager allo scopo di sviluppare e approfondire le skills necessarie alla copertura di specifici ruoli apicali in ambito sanitario. Il conseguimento di tali certificazioni è inoltre soggetto ad aggiornamento, da conseguire con una determinata periodicità.

I programmi di management erogati dalle Istituzioni sopra citate risultano accreditati dal Norwegian Ministry of Church, Education and Research Affairs a partire dal 1995.

Tale offerta formativa si configura in modalità Executive e interessa le aree relative a management, organisation, strategy, marketing, internationalisation and economics.

Il medico o il manager, che voglia intraprendere tale percorso è libero di scegliere uno specifico indirizzo in funzione delle proprie esigenze di carriera.

Ogni programma si svolge nell'arco di un anno e risulta articolato in 5 – 6 moduli, ognuno con una intensità variabile tra i 3 e i 5 giorni. Possono essere strutturati anche programmi individuali.

Ogni programma comporta il conseguimento di 30 crediti ECTS al quale si aggiungono 60 crediti ECTS relativi all'attività di studio, per un totale di 120 crediti.

L'attività formativa è basata su lecture, case studies e lavori di gruppo, al fine di stimolare il reciproco confronto e apprendimento attraverso lo scambio di esperienze lavorative diverse, promuovendo così la creazione di network professionali.

L'età dei partecipanti oscilla tra i 30 e i 60 anni, con un'età media di 38 anni.

I requisiti di ammissione ai corsi prevedono almeno la certificazione del conseguimento di 180 crediti ECTS, un'età minima di 25 anni e la certificazione relativa ad una progressiva esperienza lavorativa per un periodo non inferiore ai 4 anni. In alcuni casi il curriculum lavorativo, per periodi superiori ai 4 anni, può compensare l'assenza di una adeguata preparazione formativa. Un ultimo step di valutazione riguarda l'aspetto motivazionale e la profonda conoscenza delle proprie competenze.

L'offerta formativa per la direzione generale è valutata positivamente. La frequenza ai programmi formativi risulta obbligatoria ai fini della copertura di ruoli dirigenziali in ambito sanitario.

PARTE SECONDA

Domanda formativa del top e middle management aziendale

4. DOMANDA DI FORMAZIONE DEL TOP MANAGEMENT AZIENDALE

4.1 PREMESSA

In questa ricerca le considerazioni dei direttori generali sono state raccolte ed elaborate in merito al percorso formativo a cui hanno partecipato nonché alle proposte di iniziative formative effettivamente rispondenti ai fabbisogni di ruolo e di contesto. L'art. 3-bis del D. Leg. n. 502 del 1992 e sue successive modificazioni, prevede che i direttori generali debbano effettuare, entro diciotto mesi dalla nomina, un corso di formazione manageriale in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. La durata del corso non deve essere inferiore a centoventi ore e deve essere programmata in un periodo non superiore a sei mesi. Il corso ha lo scopo di fornire strumenti e tecniche propri del processo manageriale, quali l'analisi e la diagnosi organizzativa, la pianificazione strategica e operativa, il controllo di gestione, la direzione per obiettivi e la gestione delle risorse umane. È previsto inoltre che possono essere introdotti ulteriori contenuti di tipo teorico, pratico od operativo ritenuti necessari in rapporto alle particolari situazioni sanitarie, sociali ed ambientali locali. La metodologia didattica indicata dalla normativa, di tipo prevalentemente attivo, deve privilegiare tecniche di formazione che prevedano il lavoro di gruppo, l'analisi di esperienze particolarmente significative e lo sviluppo di progetti applicativi. A questo mandato le Regioni hanno risposto con modalità differenti, in alcuni casi hanno commissionato l'erogazione dei servizi formativi a soggetti terzi, in altri casi hanno organizzato direttamente le attività, in altri ancora hanno costituito soggetti istituzionali misti. Come è confermato dall'analisi dei casi regionali i corsi proposti (capitolo I), pur rispettando formalmente il dettato della normativa, sono stati strutturati con modalità differenti, sia in termini di contenuti specifici, sia nelle modalità didattiche proposte. In particolare le Regioni hanno utilizzato in modo differenziato lo strumento della formazione manageriale.

4.2 METODOLOGIA

4.2.1 L'analisi quantitativa: il questionario on line

Per la ricerca è stato realizzato un questionario *on - line* con metodologia CAWI¹ nel quale i direttori generali sono stati chiamati ad esprimere il proprio punto di vista sui

¹ La metodologia di rilevazione statistica nota con l'acronimo C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interview), è una modalità di raccolta dati resa possibile dall'avvento e dalla diffusione di Internet a banda larga: i destinatari delle interviste sono chiamati a rispondere ai quesiti del questionario collegandosi alla piattaforma web dell'applicazione. Il campione individuato si collega ad internet e compila autonomamente il questionario. L'applicazione e architettura software che realizza questa modalità di rilevazione mostra a video i quesiti del questionario e dopo una fase di controllo archivia i dati in una banca dati relazionale. Sul monitor del pc compaiono i singoli quesiti in una successione predefinita e regolata da filtri e controlli di coerenza.

percorsi formativi compiuti e gli eventuali gap tra domanda e offerta formativa².

Il questionario proposto viene riportato nell'appendice A del presente capitolo. Dopo essere stato testato su un panel di dieci Direttori Generali, nel periodo compreso tra l'11 maggio ed il 24 luglio 2009 il questionario è stato somministrato all'intera popolazione dei Direttori Generali.

Le sei dimensioni di analisi prese in considerazione sono state:

1. il profilo dei rispondenti ed il contesto organizzativo di riferimento
2. il percorso di studi e di carriera
3. la formazione manageriale ricevuta
4. le criticità e le aree di sviluppo/miglioramento del proprio contesto organizzativo
5. le criticità e aree di sviluppo/miglioramento del proprio lavoro
6. le aspettative nei confronti della formazione manageriale

In fase di elaborazione dati è stato scelto di prendere in considerazione anche le risposte relative ai questionari non completati per intero con la compilazione di tutti i quesiti richiesti. Questi dati sono andati ad integrare le informazioni raccolte dai questionari completi. Per questa ragione, nel report di dettaglio dell'indagine il numero di risposte considerate può variare per singolo item considerato.

4.2.2 L'analisi qualitativa: il focus group

Al termine dell'elaborazione dei questionari e della ricognizione dell'offerta formativa regionale (cfr capitolo I), i risultati emersi sono stati condivisi e discussi in un *focus group* con sette Direttori Generali. Il *focus group* è uno strumento metodologico che offre l'opportunità di approfondire ed arricchire i contenuti oggetto di un'indagine sotto un profilo qualitativo³. In questo caso specifico, l'obiettivo è stato quello di discutere i risultati dell'indagine svolta con un panel di direttori generali che avessero preso parte alla ricerca attraverso la compilazione del questionario on line con metodologia CAVI.

Ai direttori presenti sono stati illustrati i risultati più interessanti emersi dall'analisi dei dati dei questionari compilati; contestualmente è stato chiesto loro di esprimere le

² I dati così raccolti sono pronti e analizzabili al termine dell'indagine poiché il dataset costituito dai questionari compilati è immediatamente utilizzabile per la fase di analisi. Il sistema informativo realizzato è stato progettato per soddisfare i seguenti requisiti: accessibilità dell'applicazione attraverso il protocollo "https" rispettando gli standard imposti dal W3C e garanzia di una visualizzazione omogenea sui principali browser web (Internet Explorer, Mozilla Firefox, Safari, e altri); accesso al sistema 24 ore su 24, per tutta la durata dell'iniziativa, attraverso la connessione alla rete internet; compilazione in stand-by (bozza) per riprenderla in un secondo momento, senza il bisogno di ripartire dall'inizio ad ogni nuovo accesso. L'accesso alla piattaforma ed il suo utilizzo hanno garantito la consistenza dei dati e l'anonimato del compilatore.

³ La metodologia prevede che la discussione venga registrata e successivamente sbobinata; il *verbatim* viene poi inviato ai partecipanti ai quali è richiesto di validarne il contenuto. Questo serve per garantire attendibilità e rigore nell'analisi di quanto emerso e per individuare i passaggi più significativi da tenere in considerazione nella costruzione dei commenti conclusivi del progetto.

proprie valutazioni in merito agli aspetti più critici emersi dalla ricerca a partire dall'esperienza maturata nel ruolo di Direttore Generale e nel rispettivo contesto aziendale/regionale di riferimento.

4.3 RISULTATI DELL'INDAGINE SULLA FORMAZIONE RIVOLTA AI DG

4.3.1 Profilo dei rispondenti e il contesto organizzativo di riferimento

L'indagine ha coinvolto tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Nazionali (250 Direttori Generali di Aziende USL + Aziende Ospedaliere + Aziende Ospedaliero - Universitarie + Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico). Il campione di riferimento è costituito da 74 soggetti - 61 maschi e 9 femmine, 4 missing – che rappresenta circa il 30% del proprio universo di riferimento. Di questi, 61 hanno compilato interamente il questionario e 13 hanno lasciato una serie di dati incompleti. Come anticipato, laddove possibile vengono presi in esame anche i record non completati, segnalando gli eventuali casi di non risposta. Nonostante il numero limitato di casi, laddove la lettura e l'interpretazione del risultato in termini di frequenza risulti poco immediata, si ritiene opportuno fornire comunque l'indicazione del valore %, così da rendere più agevole la comprensione di quanto emerso.

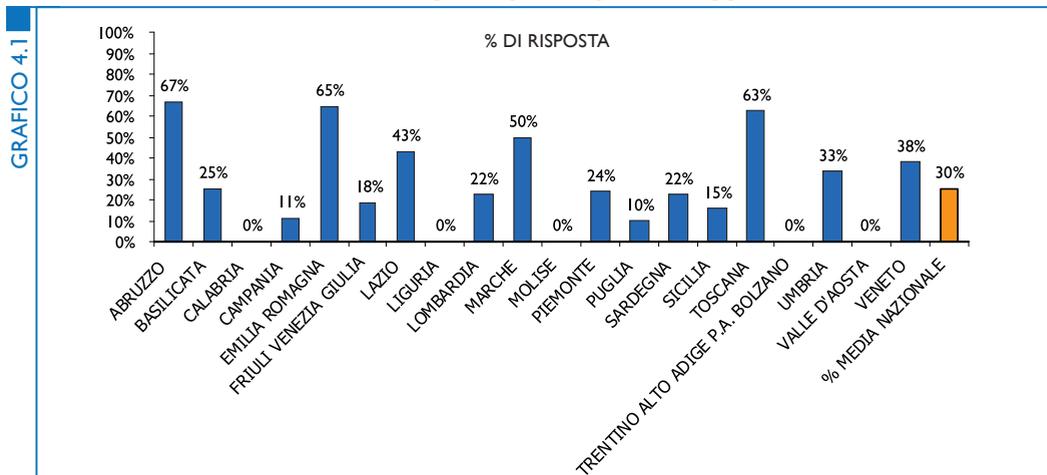
Così come si può vedere dalla tabella 4.1, le Regioni con il numero maggiore di rispondenti sono state Emilia-Romagna e Lombardia, seguite da Toscana, Lazio e Veneto, rispetto alle quali è stata probabilmente più incisiva l'azione di sensibilizzazione effettuata dai partner del progetto.

Regione di appartenenza partecipanti al questionario

Regione	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Abruzzo	4	5,4	5,4
Basilicata	1	1,4	6,8
Campania	1	1,4	8,1
Emilia-Romagna	11	14,9	23,0
Friuli-Venezia Giulia	2	2,7	25,7
Lazio	9	12,2	37,8
Lombardia	11	14,9	52,7
Marche	2	2,7	55,4
Piemonte	5	6,8	62,2
Puglia	1	1,4	63,5
Sardegna	2	2,7	66,2
Sicilia	4	5,4	71,6
Toscana	10	13,5	85,1
Umbria	2	2,7	87,8
Veneto	9	12,2	100,0
Totale	74	100,0	

Nel grafico 4.1 le risposte vengono messe in relazione alla rappresentatività rispetto al proprio contesto regionale. Le Aziende appartenenti alle regioni Abruzzo, Emilia-Romagna e Toscana hanno risposto nel 65% dei casi.

Percentuali di risposta per Regione di appartenenza



Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto riguarda l'istituzione di appartenenza dei rispondenti, la Tabella 4.2 presenta il dettaglio rispetto alle diverse tipologie aziendali del SSN (ASL, AO, AOU, IRCCS).

Istituzione di appartenenza

TABELLA 4.2

Regione	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
ASL	49	66,2	66,2
AO	16	21,6	87,8
AOU	5	6,8	94,6
IRCCS	4	5,4	100,0
Totale	74	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Relativamente alla dimensione economica, le istituzioni di appartenenza si collocano principalmente nella fascia centrale (300 – 500 milioni e 100 – 300 milioni di euro in termini di ricavi), laddove le ASL sono quelle con i maggiori introiti e gli IRCCS quelli con i minori ricavi.

Totale dei ricavi 2008: si consideri il valore della produzione in euro

TABELLA 4.3

Regione	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
dato mancante	3	4,1	4,1
< 100 milioni	6	8,1	12,2
100 - 300 milioni	20	27,0	39,2
300 - 500 milioni	22	29,7	68,9
500 - 700 milioni	8	10,8	79,7
700 milioni - 1.000 milioni	10	13,5	93,2
> 1.000 milioni	5	6,8	100,0
Totale	74	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Nella gran parte dei casi le Istituzioni di riferimento gestiscono direttamente i propri Presidi Ospedalieri, così come si può vedere nella Tabella 4.4.

Presenza di Presidi Ospedalieri direttamente gestiti

Regione	Frequenza	Percentuale	Percentuale	Percentuale cumulata
<i>Dato mancante</i>	1	1,4	1,4	1,4
Si	65	87,8	87,8	89,2
No	8	10,8	10,8	100,0
Totale	74	100,0	100,0	

TABELLA 4.4

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto riguarda il numero complessivo di posti letto (DH e ricovero ordinario, acuzie e post-acuzie), i dati forniti presentano un valore mediano pari a 605, mentre i quartili sono rispettivamente 1°=348 (cumula fino al 25% delle risposte), 2°=605 (cumula fino al 50% delle risposte), 3°=850 (cumula fino al 75% delle risposte).

A partire da questi dati analitici, si è tentata un'aggregazione per categorie, facendo riferimento a quanto riscontrato in letteratura⁴ in termini di dimensioni dei Presidi Ospedalieri definite dal numero di posti letto, ovvero:

- A: <120 piccole dimensioni
- B: 120-400 medie dimensioni
- C: 400-800 grandi dimensioni
- D: >800 notevoli dimensioni

I dati così raggruppati consentono elaborazioni di più immediata comprensione.

Rispetto a tale ripartizione, i presidi ospedalieri dei rispondenti sono prevalentemente di grandi (39.2%) o di notevoli dimensioni (31.1%), indicazione che fa pensare all'effettiva complessità dei contesti organizzativi di riferimento.

Dimensioni dei presidi ospedalieri definite dal numero di posti letto

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Piccole dimensioni	13	17,6	17,6
Medie dimensioni	9	12,2	29,7
Grandi dimensioni	29	39,2	68,9
Notevoli dimensioni	23	31,1	100,0
Totale	74	100,0	

TABELLA 4.5

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Un ulteriore indicatore di complessità organizzativa può essere ricavato dalla numerosità di personale dipendente. Nella tabella 4.6 vengono riportati i dati riferiti alla distribuzione di frequenza dei dati inseriti. Il valore mediano è 2328, mentre i quartili sono rispettivamente 1°=999 (cumula fino al 25% delle risposte), 2°=2328 (cumula fino al 50% delle risposte), 3°=3.511 (cumula fino al 75% delle risposte).

⁴ Confronto tra i posizionamenti strategici degli ospedali pubblici e privati accreditati in Lombardia, Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo Merceologico Sanità di Assolombarda, marzo 2009.

La ripartizione per tipologia lavorativa, sempre distinta in valori percentili, vede una prevalenza di dipendenti sanitari e tecnici, seguiti dagli amministrativi e dai professionali.

Numero complessivo di dipendenti strutturati nel ruolo al 31/12/2008

TABELLA 4.6

Percentili	Sanitari	Amministrativi	Tecnici	Professionali
1° (25%)	731	140	136	3
2° (50%)	1616	227	400	5
3° (75%)	2438	359	597	11
4° (100%)	10611	3019	870	3000

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

SINTESI DEL PARAGRAFO

In alcuni casi, le Regioni hanno una percentuale di risposta che va oltre il 50%, in altri casi vi sono regioni che non hanno neanche un rispondente. Si può osservare che le regioni che hanno la percentuale di risposta superiore alla media sono generalmente anche le regioni più virtuose. Al contrario le regioni in maggiore difficoltà hanno una percentuale di risposta molto bassa o addirittura non hanno nessun rispondente all'indagine. Se la Regione non ha un modello forte probabilmente non utilizza la formazione come una delle leve a sua disposizione.

4.3.2 Percorso di studi e carriera

I rispondenti hanno una laurea di carattere prevalentemente sanitario (54.1%); di questi, il 90% è laureato in medicina e il 7.5% in altri ambiti sanitari.

Laurea

TABELLA 4.7

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
dato mancante	1	1,4	1,4
Umanistica	5	6,8	8,1
Giuridica	10	13,5	21,6
Economica	9	12,2	33,8
Scientifica	5	6,8	40,5
Tecnica	4	5,4	45,9
Sanitaria	40	54,1	100,0
Totale	74	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Se laureato in ambito sanitario, si tratta di laurea in:

TABELLA 4.8

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
dato mancante	1	2,5	2,5
Medicina	36	90,0	92,5
Altre lauree sanitarie	3	7,5	100,0
Totale	40	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Oltre alla laurea, 12 direttori su 74 (16%) hanno conseguito anche un dottorato di ricerca sempre in ambito sanitario.

Dottorato di ricerca

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
<i>dato mancante</i>	62	83,8	83,8
Giuridica	3	4,1	87,8
Economica	2	2,7	90,5
Sanitaria	7	9,5	100,0
Totale	74	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

La specializzazione riguarda 51 soggetti su 74 (69%) ed avviene per lo più nell'area sanitaria (47.3%). Nel 10% dei casi si tratta invece di specializzazioni in ambito economico.

Specializzazione

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
<i>dato mancante</i>	23	31,1	31,1
Umanistica	1	1,4	32,4
Giuridica	6	8,1	40,5
Economica	8	10,8	51,4
Tecnica	1	1,4	52,7
Sanitaria	35	47,3	100,0
Totale	74	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Complessivamente 47 persone su 74 (63.5%) ha un diploma di studi post lauream. Il 39.2% dei rispondenti ha svolto un master in ambito manageriale.

Nella tabella 4.11 si è preso come riferimento (il valore di 1200 ore per mettere in relazione la tipologia di master con la durata dello stesso. Questo valore corrisponde al minimo previsto da un master universitario per raggiungere i 60 CFU. La situazione risulta piuttosto equilibrata per quanto riguarda i master di area manageriale (14 casi con durata <1200 ore e 13 con durata e" 1200 ore), mentre nel caso dei master in area sanitaria prevalgono nettamente quelli di durata superiore.

Area del Master svolto in rapporto alla durata dello stesso

Area	Area del Master			Durata del Master			Totale
	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata	nessuno	<1200 ore	>1200 ore	
<i>dato mancante</i>	27	36,5	36,5	27	0	0	27
Giuridica	1	1,4	37,8	0	0	1	1
Economica	6	8,1	45,9	0	3	3	6
Sanitaria	11	14,9	60,8	0	2	9	11
Manageriale	29	39,2	100,0	2	14	13	29
Totale	74	100,0		29	19	26	74

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Il 33.8% del campione ha svolto periodi di studio/formazione all'estero, principalmente nell'ambito della specializzazione o del percorso di laurea. Le destinazioni più frequenti sono in Nord America (Stati Uniti e Canada), la Gran Bretagna e a seguire altri paesi europei (Francia, Belgio, Svezia,...).

Le tabelle seguenti riportano il dettaglio del livello formativo svolto all'estero e della sede del soggiorno, incrociando anche i dati così da avere un quadro più completo. In alcuni casi il soggiorno all'estero ha consentito di completare contestualmente diversi livelli formativi (es. dottorato di ricerca e specializzazione), laddove va tenuta conto la peculiarità dei sistemi formativi in questione.

Ha svolto periodi di studio/formazione all'estero?

TABELLA 4.12	Frequenza		Percentuale		Percentuale cumulata	
	<i>dato mancante</i>	3	4,1		4,1	
	si	25	33,8		37,8	
	no	46	62,2		100,0	
	Totale	74	100,0			

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Soggiorni all'estero differenziati per livello formativo

TABELLA 4.13		Casi					
		Validi		Mancanti		Totale	
		N	Percentuale	N	Percentuale	N	Percentuale
	Laurea	12	16,2%	62	83,8%	74	100,0%
	PHD	4	5,4%	70	94,6%	74	100,0%
	Specializzazione	16	21,6%	58	78,4%	74	100,0%
	Master	11	14,9%	63	85,1%	74	100,0%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Soggiorni all'estero differenziati per livello e area formativa

TABELLA 4.14	livello formativo	Umanistica	Giuridica	Economica	Scientifica	Sanitaria	Totale	Totale
	LAUREA	2	2	2	1	5	12	27,9%
	PHD		1	2		1	4	9,3%
	SPECIALIZZAZIONE		3	4		9	16	37,2%
	MASTER		1	3		7	11	25,6%
	Totale	4,7%	16,3%	25,6%	2,3%	51,2%		

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Considerando i tempi di permanenza all'estero, rispetto al livello formativo e alla destinazione, tra coloro che vi si sono recati durante la laurea, quelli del gruppo economico sono rimasti per un periodo maggiore (da 3 a 6 mesi), mentre negli altri casi si è trattato di soggiorni più brevi. Come si può vedere dalle tabelle seguenti specializzazioni e master sono i livelli per i quali sono state fatte le esperienze temporalmente più consistenti all'estero.

Passando dall'analisi del percorso formativo all'analisi del percorso professionale, emerge che il 75.7% del campione ha maturato le proprie esperienze precedenti in ambito pubblico, prevalentemente nell'area sanitaria.

Anche chi proviene dal privato ha lavorato per lo più in ambito sanitario.

Entrando nello specifico dell'area sanitaria, si è trattato prevalentemente di attività di carattere gestionale (77.8%) piuttosto che clinica (22.2%).

Esperienza professionale precedente a quella attuale:

TABELLA 4.15	Esperienza professionale precedente a quella attuale:		
	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
dato mancante	1	1,4	1,4
Pubblico	56	75,7	77,0
Privato	17	23,0	100,0
Totale	74	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Area dell'esperienza professionale progressa e settore di appartenenza:

TABELLA 4.16	Area exp. professionale progressa	Esperienza professionale precedente a quella attuale:			Totale
		0	Pubblico	Privato	
dato mancante		1	0	0	1
Amministrativo-Gestionale		0	12	6	18
Gestione Risorse Umane		0	0	1	1
Programmazione e Controllo		0	3	0	3
Commerciale/Marketing		0	0	2	2
Tecnico/Tecnologico		0	3	1	4
Sanitaria		0	38	7	45
Totale		1	56	17	74

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Esperienza professionale nell'area sanitaria

TABELLA 4.17	Esperienza professionale nell'area sanitaria		
	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Clinica	10	22,2	22,2
Gestionale	35	77,8	100,0
Totale	45	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Tra chi ha lavorato in precedenza in sanità, solo 12 persone su 61 hanno ricoperto incarichi dirigenziali in Regioni diverse da quella attuale, ricoprendo per lo più il ruolo di Direttore Generale (63.6% dei casi) o di Direttore Sanitario (40.9% dei casi). Il ruolo di Direttore Generale è stato ricoperto prevalentemente per un periodo compreso tra 3-5 anni (24.3%) o tra 1-3 anni (20.3%).

Incarichi dirigenziali già ricoperti (risposte multiple)

TABELLA 4.18	Incarichi dirigenziali già ricoperti	Numero di volte in cui è stata scelta l'opzione	
		Frequenza	Percentuale
Ha ricoperto il ruolo di:			
Direttore Generale		42	36,2%
Direttore Sanitario		27	23,3%
Direttore Amministrativo		8	6,9%
Direttore del Sociale		2	1,7%
Dirigente di Struttura Complessa		21	18,1%
Altro tipo di incarico dirigenziale		16	13,8%
Totale		116	100,0%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Anni complessivi nel ruolo di Direttore Generale:

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
<i>dato mancante</i>	1	1,4	1,4
< di 1 anno	3	4,1	5,4
1 – 3 anni	15	20,3	25,7
3 – 5 anni	18	24,3	50,0
5 – 7 anni	11	14,9	64,9
7 – 10 anni	13	17,6	82,4
> di 10 anni	13	17,6	100,0
Totale	74	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto attiene invece all'esperienza attuale, nella gran parte dei casi il ruolo di Direttore Generale è stato assunto da poco (fino a 6 mesi, dal 23% dei casi) o relativamente da poco (fino a un anno e mezzo, dal 20.3% dei casi). All'incirca il 12% del campione ricopre il ruolo di Direttore Generale da più di 5 anni.

SINTESI DEL PARAGRAFO

Complessivamente il nostro campione di riferimento è costituito da soggetti con un percorso formativo, prevalentemente di carattere sanitario, di elevato livello (oltre alla laurea, in molti casi almeno la specializzazione o un master per lo più in ambito manageriale).

La provenienza prevalentemente dal settore medico è stata confermata anche durante il *focus group* dai direttori presenti come una tendenza che si sta sempre più rafforzando nelle varie regioni. Fra le motivazioni, c'è la progressiva evoluzione del ruolo che i Direttori Generali stanno assumendo in questi anni, situazione che ha richiesto il possesso di competenze sempre più specifiche e tecniche del settore. Questo sembra essere dimostrato anche dal fatto che sempre più direttori generali hanno in passato svolto il ruolo di direttore sanitario.

Nella gran parte dei casi sono state fatte poche esperienze di studio all'estero e quasi sempre di periodo limitato (solo in un caso superiore ai 6 mesi) con destinazione principale gli Stati Uniti e il Canada, seguiti da varie esperienze in Europa.

Dal punto di vista del percorso professionale, si tratta per lo più di persone con esperienze in ambito pubblico, nel campo del management della sanità; le esperienze sono state maturate in prevalenza nella stessa Regione di riferimento attuale ed il ruolo in genere ricoperto è quello di Direttore Generale, con un'esperienza di media portata (nella maggior parte dei casi tra i 3 e i 5 anni).

4.3.3 Formazione manageriale

La maggior parte del campione (81%) ha già svolto il corso di formazione manageriale per Direttori, formazione per lo più erogata dalla Regione (43 casi su 60) e dalle Università (12 casi su 60); il corso è stato svolto prevalentemente in qualità di Direttore

Generale (46 casi su 60), di Direttore Sanitario (8 casi), laddove i casi di Direttore Amministrativo e del Sociale sono relativamente pochi (per entrambi 3 casi su 60).

Ha già svolto il corso di formazione manageriale ai sensi del art. 3 bis del D. lgs 229/1999?

TABELLA 4.20	Frequenza		Percentuale		Percentuale cumulata	
	<i>dato mancante</i>	1	1,4	1,4	1,4	
	si	60	81,1	82,4		
	no	13	17,6	100,0		
	Totale	74	100,0			

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Nel caso in cui gli intervistati avessero frequentato più di un corso di formazione manageriale è stato loro richiesto di esprimere un giudizio rispetto al corso da loro ritenuto più significativo. Sui 60 soggetti che hanno dichiarato di aver già ricevuto una formazione, solo 26 hanno poi specificato una regione a cui riferire le valutazioni. Per avere una valutazione differenziata rispetto alla Regione in cui è stato fruito il corso, nel caso in cui non sia stata direttamente specificata la Regione, il dato è stato inferito a partire dagli items relativi alla sezione precedente (anno di svolgimento, ente erogatore, ruolo).

Dettagli sul corso di formazione manageriale ai sensi del art. 3 bis del D. lgs 229/1999, già frequentato

TABELLA 4.21	Numero	Anno di svolgimento del corso (dal 1999 al 2009)		Ente erogatore	Ruolo
Abruzzo	1		2007	Regione	DG
Basilicata	1		2002	Università	DG
Campania	1		2001	Università	DSS
Emilia-Romagna	9	1=nd, 1=1999, 1=2000, 2=2001, 1=2002, 1=2003, 2=2008		8 Regione, 1 Università	6 DG, 2 DSS, 1 DS
Lazio	8	2=nd, 1=2000, 1=2001, 2=2006, 1=2007, 1=2008		1 Agenzia Formativa Privata, 6 Regione, 1 Università	8 DG
Lombardia	10	2=2001, 4=2002, 2=2003, 2=2005		1 Agenzia Formativa Privata, 7 Regione, 2 Università	7 DG, 2 DS, 1 DA
Marche	1		2004	Regione	DS
Piemonte	3	1=nd, 1=2001, 1=2008		3 Regione	3 DG
Sardegna	2	1=2007, 1=2008		1 Agenzia Formativa Privata, 1 Università	2 DG
Sicilia	3	1=nd, 1=2006, 1=2007		2 Regione, 1 Università	2 DG, 1 DA
Toscana	10	5=nd, 4=2004, 1=2005		10 Regione	1 nd, 6 DG, 2 DS, 1 DA
Umbria	3	1=2000, 1=2002, 1=2008		3 Regione	3 DG
Veneto	8	3=nd, 1=2000, 2=2005, 2=2006		1 nd, 1 Agenzia Formativa Privata, 3 Regione, 3 Università	5 DG, 2 DS
Totale	60				

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Ritengo particolarmente significativo il corso frequentato nella Regione

TABELLA 4.22

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Basilicata	2	3,3	7,7	7,7
Emilia-Romagna	5	8,3	19,2	26,9
Lazio	3	5,0	11,5	38,5
Lombardia	3	5,0	11,5	50,0
Piemonte	2	3,3	7,7	57,7
Sardegna	1	1,7	3,8	61,5
Sicilia	2	3,3	7,7	69,2
Toscana	4	6,7	15,4	84,6
Trentino-Alto Adige	1	1,7	3,8	88,5
Umbria	2	3,3	7,7	96,2
Veneto	1	1,7	3,8	100,0
Totale	26	43,3	100,0	
Mancante di sistema	34	56,7		
Totale	60	100,0		
Mancante di sistema	34	56,7		

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Dal punto di vista dei contenuti trattati, gli argomenti affrontati da almeno $\frac{2}{3}$ tra coloro che già hanno frequentato il corso, come si vedrà anche in seguito, sono:

- *Normativa sul sistema sanitario italiano*
- *Strategie e assetti dei sistemi sanitari pubblici*
- *I sistemi di valutazione delle performance aziendali*
- *Il ruolo della dirigenza*
- *Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse*
- *Il sistema di controllo di gestione*
- *La gestione del sistema di budget.*

Gli argomenti che invece sono stati già affrontati al massimo da $\frac{1}{3}$ tra coloro che già hanno frequentato il corso, sono:

- *Federalismo fiscale e federalismo sanitario*
- *Il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali.*

Argomenti trattati dal corso frequentato nelle Regioni

TABELLA 4.23

	N	Percentuale di casi
I sistemi di valutazione delle performance aziendali	50	83,3%
Normativa sul sistema sanitario italiano	50	83,3%
Il ruolo della dirigenza	46	76,7%
Il sistema di controllo di gestione	46	76,7%
Strategie e assetti dei sistemi sanitari pubblici	46	76,7%
La gestione del sistema di budget	44	73,3%
Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse	44	73,3%
I sistemi di qualità e di accreditamento	43	71,7%
La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie	42	70,0%
La clinical governance	40	66,7%
La gestione dei percorsi ospedale - territorio e la continuità assistenziale	40	66,7%

Segue

Argomenti trattati dal corso frequentato nelle Regioni

SEGUETABELLA 4.23

	N	Percentuale di casi
La leadership ed i processi di delega	40	66,7%
La gestione della comunicazione interna ed esterna	35	58,3%
Strumenti e metodi per la formazione, lo sviluppo e la motivazione del personale	35	58,3%
I sistemi sanitari internazionali	34	56,7%
La riorganizzazione dell'offerta: dipartimentalizzazione e Ospedale per Intensità di Cura	33	55,0%
Strumenti e processi di negoziazione	32	53,3%
I sistemi informativi (sistemi di supporto alle decisioni)	31	51,7%
Le tecniche di pianificazione ed analisi degli investimenti	30	50,0%
Il <i>problem solving</i> e la gestione del gruppo di lavoro	29	48,3%
L'epidemiologia per l'analisi dei bisogni sanitari	28	46,7%
La contabilità analitica	28	46,7%
Il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali	22	36,7%
Federalismo fiscale e federalismo sanitario	19	31,7%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Dal punto di vista delle metodologie didattiche prevalgono le *lezioni frontali*, indicate dal 23.3% dei rispondenti come metodo impiegato per un 50% dell'intero percorso, seguite per consistenza dall'*analisi e discussione di casi di studio* che per il 25% dei rispondenti ha occupato il 20% del tempo e dall'*elaborazione di un project work* (per il 26.7% ha occupato il 10% del tempo) e dai *lavori di gruppo in aula* (per il 26.7% ha occupato il 10% del tempo e per il 23.3% il 20%).

Sono impiegate invece molto più raramente la *Formazione a Distanza* (è al massimo il 5.4% dei soggetti che ritiene di averle impiegate per il 10% del tempo disponibile), il *Lavoro individuale a fine lezione* (ancora al massimo il 5.4% dei soggetti che ritiene di averle impiegate per il 10% del tempo disponibile), i *Giochi di ruolo* (il 10.8% dei soggetti le ha impiegate per il 5% del tempo disponibile e il 9.5% per il 10%), il *Lavoro individuale in aula* (il 12.2% le ha impiegate per il 10% del tempo) e le *Esercitazioni esperienziali in outdoor* (il 14.9% le ha impiegate per il 10% del tempo).

Nella tabella 4.24 si riporta una sintesi delle metodologie didattiche impiegate nelle diverse Regioni, raggruppandole per ripartizione media % del tempo dedicato alle diverse metodologie: il confronto tra le diverse situazioni può fornire un'idea delle differenze a livello nazionale in termini di formazione offerta alle figure apicali della Sanità.

Come appare evidente le metodologie didattiche più impiegate sono:

- lezione frontale (esplicitata in tutti i casi)
- lavoro di gruppo in aula (esplicitata per 11 Regioni su 12)
- analisi e discussione dei casi di studio e elaborazione di un project work (esplicitate per 10 Regioni su 12).

Raramente vengono impiegate la formazione a distanza e i giochi di ruolo.

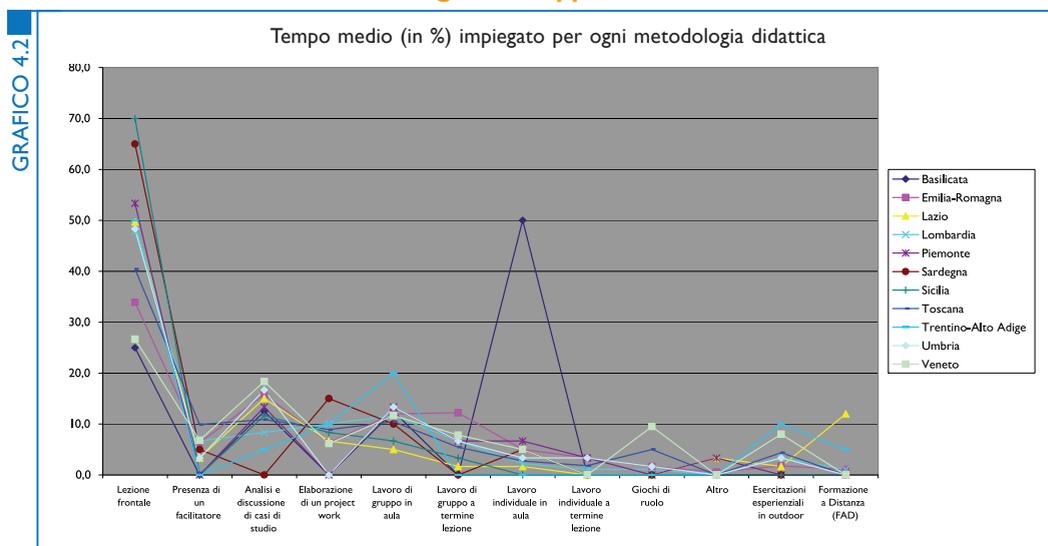
Ripartizione media % del tempo dedicato alle diverse metodologie didattiche

TABELLA 4.24

	Abruzzo	Basilicata	Emilia-Romagna	Lazio	Lombardia	Piemonte	Sardegna	Sicilia	Toscana	Trentino A-Adige	Umbria	Veneto
Lezione frontale	60,0	25,0	33,9	49,7	47,8	53,3	65,0	70,0	40,5	50,0	48,3	26,7
Presenza di un facilitatore	0,0	0,0	6,3	3,3	6,7	0,0	5,0	0,0	9,9	0,0	3,3	6,8
Analisi e discussione di casi di studio	0,0	12,5	15,8	15,0	8,3	13,3	0,0	11,7	10,9	5,0	16,7	18,3
Elaborazione di un project work	20,0	0,0	6,3	6,7	10,0	0,0	15,0	8,3	8,9	10,0	0,0	6,2
Lavoro di gruppo in aula	0,0	12,5	12,0	5,0	11,7	13,3	10,0	6,7	10,5	20,0	13,3	11,7
Lavoro di gruppo a termine lezione	0,0	0,0	12,2	1,7	6,7	6,7	0,0	3,3	5,5	0,0	6,7	7,8
Lavoro individuale in aula	0,0	50,0	5,0	1,7	2,2	6,7	5,0	0,0	2,7	0,0	3,3	5,0
Lavoro individuale a termine lezione	0,0	0,0	3,3	0,0	1,1	3,3	0,0	0,0	1,8	0,0	3,3	0,0
Giochi di ruolo	0,0	0,0	1,7	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	1,7	9,5
Altro	0,0	0,0	0,6	3,3	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Esercitazioni esperienziali in outdoor	20,0	0,0	1,8	1,7	3,3	0,0	0,0	0,0	4,4	10,0	3,3	8,0
Formazione a Distanza (FAD)	0,0	0,0	1,1	12,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Tempo medio in percentuale impiegato per metodologia didattica e Regione di appartenenza



Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Rispetto agli strumenti di valutazione dell'apprendimento impiegati, il test di autovalutazione è stato segnalato dall'11,7% del campione come utilizzato al 50%, mentre la valutazione di gruppo e il test di verifica individuale vengono impiegati per un 20%

come indicano rispettivamente il 13.3% e l'11.7% dei rispondenti. Solo in due casi si dichiara di non aver sperimentato modalità di valutazione dell'apprendimento; otto persone hanno indicato come modalità di valutazione la valutazione di gruppo.

Quali sono stati gli strumenti di valutazione dell'apprendimento impiegati nell'ambito del corso di formazione manageriale da lei svolto?

TABELLA 4.25

Valutazioni impiegate in %	Test di autovalutazione		Valutazione di gruppo		Test di verifica individuale		Valutazione individuale dell'apprendimento a fine corso (giudizio)		Nessuna valutazione dell'apprendimento		Project Work	
	Freq	%risp	Freq	%risp	Freq	%risp	Freq	%risp	Freq	%risp	Freq	%risp
0	39	65,0	46	76,7%	36	60,0%	25	41,7%	55	91,7%	39	65,0%
10	2	3,3%	1	1,7%	3	5,0%	1	1,7%			2	3,3%
15							2	3,3%				
20	6	10,0%	8	13,3%	7	11,7%	4	6,7%			8	13,3%
25			1	1,7%	1	1,7%					1	1,7%
30	2	3,3%	3	5,0%	2	3,3%	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%
35							1	1,7%				
40	1	1,7%			2	3,3%	3	5,0%			1	1,7%
50	7	11,7%	1	1,7%	4	6,7%	4	6,7%			4	6,7%
60							3	5,0%				
70	1	1,7%					1	1,7%	1	1,7%		
80	1	1,7%					1	1,7%			1	1,7%
100	1	1,7%			5	8,3%	14	23,3%	3	5,0%	3	5,0%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Prendendo in esame l'aspetto relativo alla presenza o meno di un Sistema di Valutazione del gradimento rispetto ai contenuti ed alle metodologie didattiche proposte al termine dei moduli e/o del corso, la quasi totalità dei soggetti ha risposto positivamente (86.7%).

Al termine dei moduli e/o del corso stesso era previsto un Sistema di Valutazione del gradimento rispetto ai contenuti ed alle metodologie didattiche proposte?

TABELLA 4.26

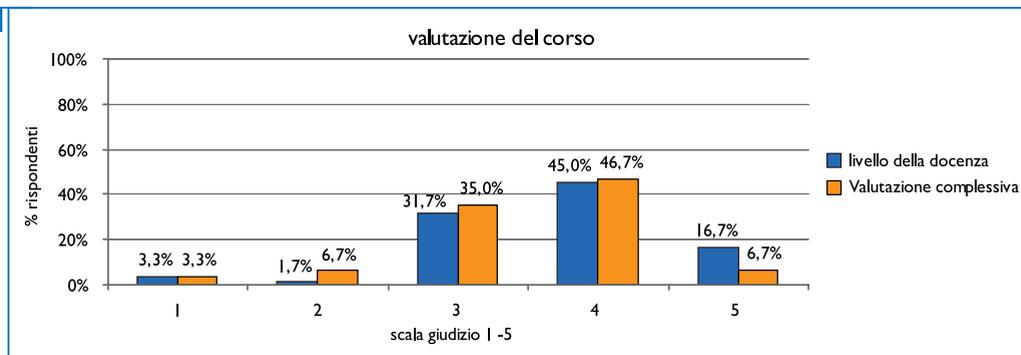
	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
si	52	86,7	86,7
no	8	13,3	100,0
Totale	60	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto riguarda il giudizio espresso dai partecipanti sulla qualità del corso erogato, nel suo complesso i giudizi sono molto positivi. Nel grafico 4.3 si prendono in esame due fra i più significativi indicatori della qualità del percorso formativo: livello della docenza e valutazione complessiva del corso. Dalla ricerca emerge che il giudizio dei

direttori, su una scala da 1 a 5, dove 1 corrisponde a gravemente insufficiente e 5 a ottimo, è più spostato sui valori 4 e 5, che toccano il 61,7% e il 53,4% rispettivamente per livello della docenza e giudizio complessivo sul corso.

GRAFICO 4.3



Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

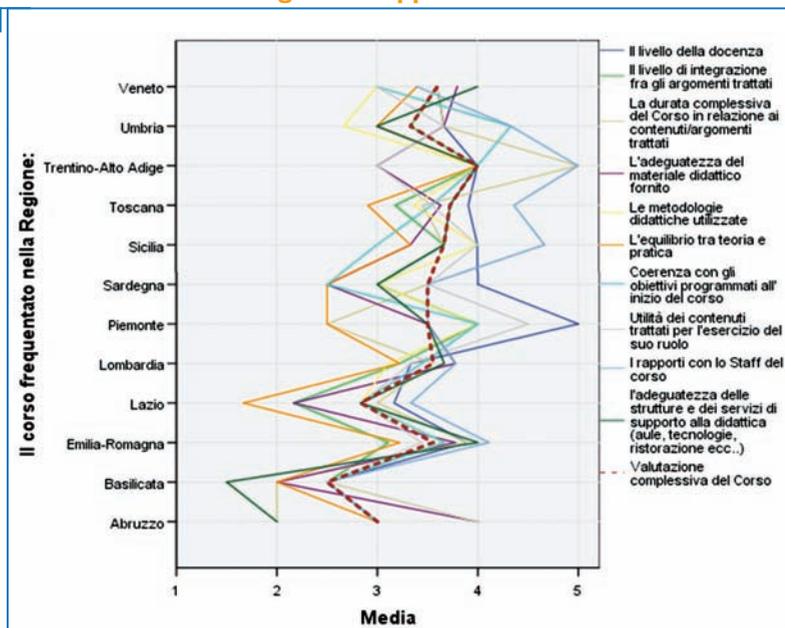
Entrando nel merito della valutazione di ciascuno degli aspetti considerati (cfr. grafico successivo), si osserva che Trentino Alto Adige, Veneto e Sicilia hanno tutti i giudizi uguali o superiori al punto centrale della scala, seguiti immediatamente da Toscana e Umbria. Da notare la Basilicata e l'Abruzzo che hanno tutti i valori al di sotto del valore centrale della scala. Fanno eccezione, in Abruzzo i giudizi relativi all'adeguatezza del materiale didattico e all'utilità dei contenuti trattati per l'esercizio del ruolo.

In particolare punti di debolezza risultano essere l'equilibrio tra teoria e pratica, particolarmente critico per i rispondenti di Lazio e Basilicata, il livello di integrazione tra gli argomenti trattati, l'adeguatezza del materiale didattico fornito durante il percorso, le metodologie didattiche utilizzate.

Da sottolineare invece fra i punti di forza il livello della docenza, la coerenza degli obiettivi dichiarati all'inizio del percorso con quanto effettivamente svolto in aula, l'utilità dei contenuti trattati per l'esercizio del ruolo.

Valutazione degli argomenti trattati nel corso per Regione di appartenenza

GRAFICO 4.4



Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto riguarda l'inclusione nel programma formativo di visite a strutture/Istituzioni sanitarie, nel 60% dei casi esse non sono state previste. Chi ha potuto beneficiare di tali esperienze lo ha fatto prevalentemente all'estero (45.8% dei casi) o in Italia (33.3% dei casi).

Il corso ha previsto la visita di strutture/istituzioni sanitarie?

TABELLA 4.27

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
si	24	40,0	40,0	40,0
no	36	60,0	60,0	100,0
Totale	60	100,0	100,0	

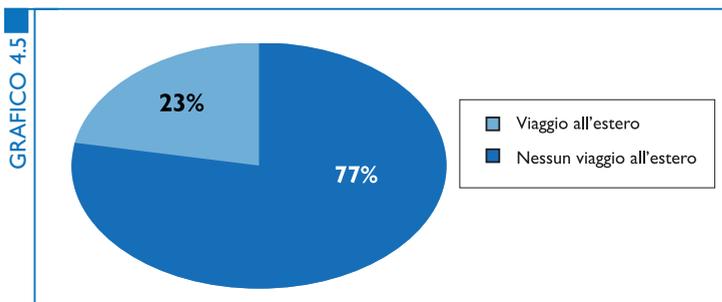
Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Se sì, dove?

TABELLA 4.28

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
in Italia	8	33,3	33,3	33,3
all'estero	11	45,8	45,8	79,2
entrambe le opzioni	5	20,8	20,8	100,0
Totale	24	100,0	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa



Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Relativamente ai destinatari del corso, si è trattato prevalentemente di situazioni con un percorso comune alle diverse figure apicali, benché la distribuzione tra le diverse possibilità sia di fatto piuttosto equilibrata.

Il percorso formativo era comune a DG, DA, DS, DSS, oppure era specifico per il solo ruolo di Direttore Generale?

TABELLA 4.29

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Percorso comune	24	40,0	40,0
Percorso specifico	20	33,3	73,3
Percorso in parte comune ed in parte specifico	16	26,7	100,0
Totale	60	100,0	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto riguarda la valutazione complessiva dei corsi svolti, se prendiamo in esame la distribuzione % delle risposte per ciascun item, il dato più interessante è la consistente quota del 26,7% di rispondenti che ritiene insufficiente l'*equilibrio tra teoria e pratica*.

Valutazione complessiva dei corsi svolti

TABELLA 4.30

Scala di risposta 1-5: percentuale di risposte per ogni livello	Gravemente insufficiente	2	3	4	ottimo	Media	Moda
Il livello della docenza	3,3%	1,7%	31,7%	45%	16,7%	3,65	4
Il livello di integrazione fra gli argomenti trattati	6,7%	10%	40%	40%	1,7%	3,15	3a
La durata complessiva del Corso in relazione ai contenuti/argomenti trattati	3,3%	10%	28,3%	50%	6,7%	3,42	4
L'adeguatezza del materiale didattico fornito	3,3%	11,7%	36,7%	33,3%	13,3%	3,37	3
Le metodologie didattiche utilizzate	5%	8,3%	45%	33,3%	6,7%	3,23	3
L'equilibrio tra teoria e pratica	8,3%	26,7%	33,3%	23,3%	6,7%	2,88	3
Coerenza con gli obiettivi programmati all' inizio del corso	5%	13,3%	33,3%	33,3%	13,3%	3,32	3
Utilità dei contenuti trattati per l'esercizio del suo ruolo	6,7%	11,7%	28,3%	40%	11,7%	3,33	4
I rapporti con lo Staff del corso	3,3%	3,3%	18,3%	50%	23,3%	3,82	4
l'adeguatezza delle strutture e dei servizi di supporto alla didattica (aule, tecnologie, ristorazione ecc.)	5%	10%	33,3%	30%	20%	3,45	3
Valutazione complessiva del Corso	3,3%	6,7%	35%	46,7%	6,7%	3,42	4

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MESI/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Le valutazioni migliori (con un valore modale di 4) riguardano *I rapporti con lo Staff del corso* (media: 3.82; d.s. 1.05), *Il livello della docenza* (media: 3.65; d.s. 1.01), *La durata complessiva del Corso in relazione ai contenuti/argomenti trattati* (media: 3.42; d.s. .99), *Valutazione complessiva del Corso* (media: 3.42; d.s. .96), *Utilità dei contenuti trattati per l'esercizio del suo ruolo* (media: 3.33; d.s. 1.14).

SINTESI DEL PARAGRAFO

Complessivamente chi ha risposto al questionario ha già avuto per lo più esperienza di formazione manageriale, avendolo svolto prevalentemente nel ruolo di Direttore Generale. I percorsi formativi sono stati erogati in prevalenza dalla Regione, seguita dall'Università e solo marginalmente dalle Agenzie formative private.

Per quanto riguarda le tematiche affrontate, quelle che ancora trovano uno spazio limitato sono *La contabilità analitica, Il problem solving e la gestione del gruppo di lavoro, Il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali, Federalismo fiscale e federalismo sanitario*.

Tra le metodologie impiegate, le meno frequenti sono la *Formazione a Distanza, Lavoro individuale a fine corso, Giochi di ruolo, Lavoro individuale in aula e Esercitazioni esperienziali in outdoor*, laddove le *Lezioni frontali* sono la metodologia di gran lunga più usata.

In quasi tutti i casi è stata effettuata la valutazione dell'apprendimento: tra le metodologie più diffuse troviamo la *Valutazione individuale dell'apprendimento a fine corso (giudizio)*, il *Test di auto-valutazione* e il *Test di verifica individuale*.

Nella quasi totalità dei casi, al termine dei moduli e/o del corso stesso era previsto un

Sistema di Valutazione del gradimento rispetto ai contenuti ed alle metodologie didattiche proposte: quasi tutti i parametri indagati risultano almeno sufficienti, ad eccezione di *L'equilibrio tra teoria e pratica* dimensione che, in alcune Regioni soprattutto, risulta particolarmente critica.

Durante il focus group è stata sottolineato come l'apparente contraddizione che c'è tra il giudizio positivo espresso sull'utilità dei temi trattati per l'esercizio del ruolo e lo scostamento tra la teoria e la pratica dipende proprio dalla capacità che i singoli docenti hanno di trattare in modo più o meno teorico certi contenuti. Durante i corsi di formazione con il top management ed in generale nei corsi di formazione professionalizzanti i risultati migliori si ottengono laddove i professionisti sono portati a ragionare sui temi presentati, offrendo loro spunti operativi pratici facilmente applicabili nel loro agire quotidiano.

In linea con quanto appena detto è particolarmente apprezzata dai Direttori Generali l'opportunità di visitare strutture ed istituzioni sanitarie di eccellenza in contesti esteri. Nel 60% dei casi i corsi non prevedono visite ma laddove previste e ben organizzate, come hanno confermato i partecipanti al focus, sono state occasioni preziose di apprendimento. Fra le regioni più innovative che hanno inserito come parte integrante del percorso formativo i viaggi all'estero nei corsi di formazione rivolti ai Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi è possibile segnalare la Toscana, già dal 2004, il Veneto, il Lazio e la Lombardia, che però non ha più previsto visite all'estero nelle ultime edizioni dei propri percorsi. Tutte le altre regioni, secondo i dati emersi dall'indagine non prevedono alcun tipo di visita all'estero, anche se il 33,3% dei rispondenti dichiara che nel programma formativo sono state previste visite a strutture/Istituzioni sanitarie italiane.

4.3.4 Criticità e aree di sviluppo/miglioramento del proprio contesto organizzativo

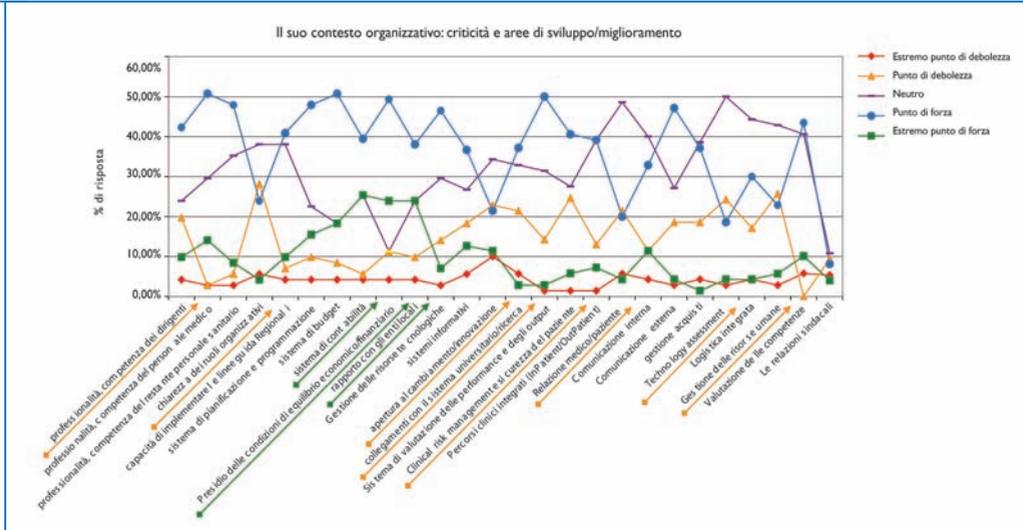
Il grafico delle percentuali di risposta per ciascun item di questa dimensione di analisi può aiutare ad avere un'immagine immediata della situazione: per quanto riguarda le criticità, non sembrano esserci in generale elementi che si possano configurare come estremi punti di debolezza del proprio contesto organizzativo.

Focalizzandoci sui punti di debolezza, le dimensioni rispetto a cui si ottiene almeno un 20% di risposta sono relative a *professionalità, competenza dei dirigenti, chiarezza dei ruoli organizzativi, apertura al cambiamento/innovazione, collegamenti con il sistema universitario/ricerca, Clinical risk management e sicurezza del paziente, Technology assessment, Gestione delle risorse umane*. Questi ambiti saranno senz'altro da considerare come potenziali aree di sviluppo e miglioramento.

Prendendo in esame gli aspetti considerati come estremi punti di forza, spiccano *sistema di contabilità, presidio delle condizioni di equilibrio economico/finanziario, rapporto con gli enti locali*, aspetti per i quali molto probabilmente non verranno dichiarati bisogni formativi.

Il contesto organizzativo: criticità e aree di sviluppo/miglioramento

GRAFICO 4.6



Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Il contesto organizzativo: criticità e aree di sviluppo/miglioramento

TABELLA 4.31

Percentuali di risposta	Estremo punto di debolezza	Punto di debolezza	Neutro	Punto di forza	Estremo punto di forza
Il livello della docenza	3,3%	1,7%	31,7%	45%	16,7%
professionalità, competenza dei dirigenti	4,2%	19,7%	23,9%	42,3%	9,9%
professionalità, competenza del personale medico	2,8%	2,8%	29,6%	50,7%	14,1%
professionalità, competenza del restante personale sanitario	2,8%	5,6%	35,2%	47,9%	8,5%
chiarezza dei ruoli organizzativi	5,6%	28,2%	38,0%	23,9%	4,2%
capacità di implementare le linee guida Regionali	4,2%	7,0%	38,0%	40,8%	9,9%
sistema di pianificazione e programmazione	4,2%	9,9%	22,5%	47,9%	15,5%
sistema di budget	4,2%	8,5%	18,3%	50,7%	18,3%
sistema di contabilità	4,2%	5,6%	25,4%	39,4%	25,4%
Presidio delle condizioni di equilibrio economico/finanziario	4,2%	11,3%	11,3%	49,3%	23,9%
rapporto con gli enti locali	4,2%	9,9%	23,9%	38,0%	23,9%
Gestione delle risorse tecnologiche	2,8%	14,1%	29,6%	46,5%	7,0%
sistemi informativi	5,6%	18,3%	26,8%	36,6%	12,7%
apertura al cambiamento/innovazione	10,0%	22,9%	34,3%	21,4%	11,4%
collegamenti con il sistema universitario/ricerca	5,7%	21,4%	32,9%	37,1%	2,9%
Sistema di valutazione delle performance e degli output	1,4%	14,3%	31,4%	50,0%	2,9%
Clinical risk management e sicurezza del paziente	1,4%	24,6%	27,5%	40,6%	5,8%
Percorsi clinici integrati (InPatient/OutPatient)	1,4%	13,0%	39,1%	39,1%	7,2%

Segue

Il contesto organizzativo: criticità e aree di sviluppo/miglioramento

SEGUETABELLA 4.31

Percentuali di risposta	Estremo punto di debolezza	Punto di debolezza	Neutro	Punto di forza	Estremo punto di forza
Relazione medico/paziente	5,7%	21,4%	48,6%	20,0%	4,3%
Comunicazione interna	4,3%	11,4%	40,0%	32,9%	11,4%
Comunicazione esterna	2,9%	18,6%	27,1%	47,1%	4,3%
gestione acquisti	4,3%	18,6%	38,6%	37,1%	1,4%
Technology assessment	2,9%	24,3%	50,0%	18,6%	4,3%
Logistica integrata	4,3%	17,1%	44,3%	30,0%	4,3%
Gestione delle risorse umane	2,9%	25,7%	42,9%	22,9%	5,7%
Valutazione delle competenze	5,8%		40,6%	43,5%	10,1%
Le relazioni sindacali	5,4%	9,5%	10,8%	8,1%	4,1%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Gli argomenti rispetto a cui viene maggiormente richiesto approfondimento sono la *gestione acquisti* (16.2% dei casi), *apertura al cambiamento/innovazione* (13.5%), *chiarezza dei ruoli organizzativi* (12.2%), *sistema di pianificazione e programmazione* (12.2%), *collegamenti con il sistema universitario/ricerca* (10.8%), *Logistica integrata* (10.8%), *Gestione delle risorse umane* (9.5%), *Sistema di valutazione delle performance e degli output* (9.5%).

Lo scollamento tra criticità e bisogni formativi espliciti (ovvero tra elementi problematici per i quali non è stato tuttavia richiesto l'approfondimento in un percorso formativo ad hoc) riguarda *professionalità, competenza dei dirigenti, clinical risk management e sicurezza del paziente, technology assessment*.

Viceversa, pur non avendola individuata come area particolarmente critica, è stato richiesto l'approfondimento del *sistema di pianificazione e programmazione*.

Il contesto organizzativo: criticità e aree di sviluppo/miglioramento DA APPROFONDIRE in un percorso formativo

TABELLA 4.32

	È un argomento da approfondire nel corso		non è un argomento da approfondire	
	Conteggio	% casi riga	Conteggio	% casi riga
Gestione acquisti	12	16,2%	62	83,8%
Apertura al cambiamento/innovazione	10	13,5%	64	86,5%
Chiarezza dei ruoli organizzativi	9	12,2%	65	87,8%
Sistema di pianificazione e programmazione	9	12,2%	65	87,8%
Collegamenti con il sistema universitario/ricerca	8	10,8%	66	89,2%
Logistica integrata	8	10,8%	66	89,2%
Gestione delle risorse umane	7	9,5%	67	90,5%
Sistema di valutazione delle performance e degli output	7	9,5%	67	90,5%
Clinical risk management e sicurezza del paziente	6	8,1%	68	91,9%
Comunicazione interna	5	6,8%	69	93,2%
Sistema di budget	5	6,8%	69	93,2%
Professionalità, competenza dei dirigenti	4	5,4%	70	94,6%
Relazione medico/paziente	4	5,4%	70	94,6%
Technology assessment	4	5,4%	70	94,6%

Segue

Il suo contesto organizzativo: criticità e aree di sviluppo/miglioramento DA APPROFONDIRE in un percorso formativo

SEGUE TABELLA 4.32

	È un argomento da approfondire nel corso		non è un argomento da approfondire	
	Conteggio	% casi riga	Conteggio	% casi riga
Comunicazione esterna	2	2,7%	72	97,3%
Gestione delle risorse tecnologiche	2	2,7%	72	97,3%
Percorsi clinici integrati (InPatient/OutPatient)	2	2,7%	72	97,3%
Professionalità, competenza del restante personale sanitario	2	2,7%	72	97,3%
Sistemi informativi	2	2,7%	72	97,3%
Capacità di implementare le linee guida Regionali	1	1,4%	73	98,6%
Le relazioni sindacali	1	1,4%	73	98,6%
Presidio delle condizioni di equilibrio economico/finanziario	1	1,4%	73	98,6%
Professionalità, competenza del personale medico	1	1,4%	73	98,6%
sistema di contabilità	1	1,4%	73	98,6%
Valutazione delle competenze	1	1,4%	73	98,6%
Rapporto con gli enti locali	0	,0%	74	100,0%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

SINTESI DEL PARAGRAFO

Relativamente alla valutazione del proprio contesto organizzativo in termini di criticità e aree di sviluppo/miglioramento, nonché alla possibilità di interventi di formazione mirati, emerge nettamente il bisogno di lavorare su dimensioni prettamente organizzative quali *chiarezza dei ruoli organizzativi*, *Gestione delle risorse umane*, *apertura al cambiamento/innovazione*, *Sistema di valutazione delle performance e degli output*, *professionalità*, *competenza dei dirigenti*; dimensioni strategiche quali *sistema di pianificazione e programmazione*, *collegamenti con il sistema universitario/ricerca*, *Clinical risk management* e *sicurezza del paziente*; dimensioni di engineering quali *gestione acquisti*, *Logistica integrata*, *Technology assessment*, *sistema di pianificazione e programmazione*.

4.3.5 Criticità e aree di sviluppo/miglioramento del lavoro di Direttore Generale

Prendendo in esame le varie attività che in genere caratterizzano la giornata “tipo” dei rispondenti, quella che per il maggior numero di persone sembra ricoprire la maggior percentuale di tempo sono le *riunioni con i propri collaboratori diretti (DS, DA, DSS)* che per il 21.6% occupa il 20% e per il 61.2% addirittura il 30% della giornata.

Anche le *riunioni con lo staff aziendale* sono per molti dei rispondenti (27%) piuttosto frequenti tra gli impegni quotidiani (20% del tempo).

Le altre attività si distribuiscono più o meno equamente (tra il 5 e il 10% del tempo giornaliero) per la maggior parte dei rispondenti.

Sembra il caso di evidenziare come alle *riunioni con gli altri Direttori Generali* venga di fatto dedicato pochissimo tempo (per il 40.5% assolutamente niente e per il 31.1% solo

il 5%); la stessa situazione si verifica per le *attività di policy making regionale* che per il 60.8% dei rispondenti non vengono segnalate come impegno quotidiano e per il 18.9%

Nella sua giornata "tipo", quanto tempo (in %) dedica a:

TABELLA 4.33A

Tempo in % dedicato giornalmente a:	A. Riunioni a livello regionale		B. Riunioni con gli altri direttori generali		C. Riunioni con i propri collaboratori diretti (DS, DA, DSS)		D. Riunioni con lo staff aziendale	
	Freq. risp.	% risp.	Freq. risp.	% risp.	Freq. risp.	% risp.	Freq. risp.	% risp.
0	11	14,9%	30	40,5%	6	8,1%	8	10,8%
1	1	1,4%	1	1,4%				
2	1	1,4%	4	5,4%				
3			5	6,8%				
4							1	1,4%
5	28	37,8%	23	31,1%	3	4,1%	1	1,4%
6	1	1,4%	1	1,4%				
7								
8	2	2,7%			1	1,4%		
9	2	2,7%						
10	21	28,4%	9	12,2%	8	10,8%	26	35,1%
12								
13								
15	1	1,4%	1	1,4%	12	16,2%	12	16,2%
16								
17					1	1,4%	1	1,4%
18							1	1,4%
20	4	5,4%			16	21,6%	20	27,0%
22	1	1,4%						
23								
24					2	2,7%		
25					5	6,8%	3	4,1%
30	1	1,4%			12	16,2%		
33					1	1,4%		
35					1	1,4%		
37								
38					1	1,4%		
40					2	2,7%		
45								
50					2	2,7%		
60					1	1,4%	1	1,4%

solo per un massimo del 5%; consistente anche la quota di rispondenti (27%) che segnala sempre tra le attività a cui non viene dedicato quotidianamente tempo anche la *gestione delle relazioni con i rappresentanti delle comunità locali*.

Nella sua giornata “tipo”, quanto tempo (in %) dedica a:

TABELLA 4.33B

Tempo in % dedicato giornalmente a:	E. Riunioni con i propri dipendenti		F. Gestione delle relazioni con i rappresentanti delle comunità locali		G. Attività di Policy Making Regionale		H. Lavoro in ufficio (back-office, studio di documenti, stesura relazioni)	
	Freq. risp.	% risp.	Freq. risp.	% risp.	Freq. risp.	% risp.	Freq. risp.	% risp.
0	13	17,6%	20	27,0%	45	60,8%	9	12,2%
1								
2	1	1,4%	4	5,4%	4	5,4%	1	1,4%
3	3	4,1%	1	1,4%	1	1,4%		
4					1	1,4%	1	1,4%
5	18	24,3%	17	23,0%	14	18,9%	6	8,1%
6							1	1,4%
7	1	1,4%	1	1,4%	1	1,4%		
8	2	2,7%	1	1,4%				
9								
10	24	32,4%	20	27,0%	5	6,8%	22	29,7%
12			3	4,1%				
13								
15	5	6,8%	2	2,7%	1	1,4%	7	9,5%
16	1	1,4%						
17								
18								
20	4	5,4%	4	5,4%	1	1,4%	12	16,2%
22								
23								
24								
25	1	1,4%			1	1,4%	1	1,4%
30			1	1,4%			7	9,5%
33								
35								
37							1	1,4%
38								
40							3	4,1%
45	1	1,4%					1	1,4%
50							2	2,7%

Nella sua giornata “tipo”, quanto tempo (in %) dedica a:

TABELLA 4.33C

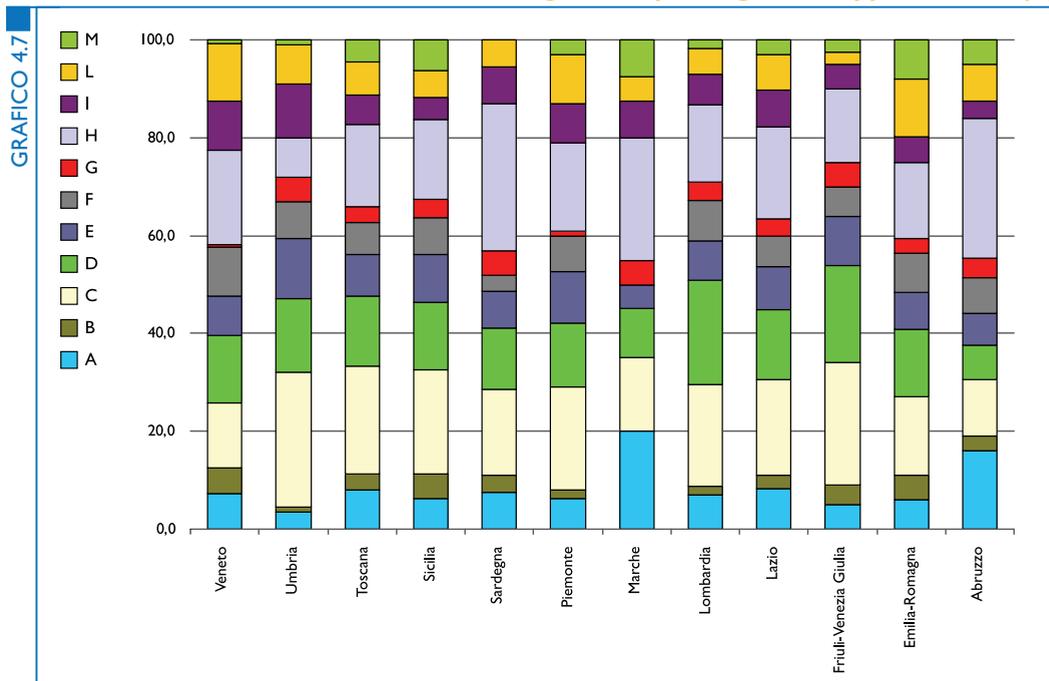
Tempo in % dedicato giornalmente a:	I. Gestione della posta		L. Telefono		M. Altre Attività	
	Freq. risp.	% risp.	Freq. risp.	% risp.	Freq. risp.	% risp.
0	15	20,3%	16	21,6%	41	55,4%
1	1	1,4%			3	4,1%
2	3	4,1%	7	9,5%	1	1,4%
3	3	4,1%				
4	1	1,4%	1	1,4%	2	2,7%
5	25	33,8%	20	27,0%	11	14,9%
6			2	2,7%		
7					1	1,4%
8	1	1,4%			2	2,7%
9					1	1,4%
10	19	25,7%	17	23,0%	9	12,2%
12						
13			1	1,4%		
15	2	2,7%	2	2,7%	1	1,4%
16						
17						
18						
20	4	5,4%	6	8,1%	1	1,4%
22						
23			1	1,4%		
24						
25			1	1,4%		
30						
40						
45						
50					1	1,4%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MESI/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Nel grafico 4.7, l'Emilia Romagna e la Sicilia per esempio, come le Marche, hanno la voce 'altre attività' che è consistente, il che significa che le attività sopra descritte non sono le principali, ma qualcosa dell'agire quotidiano dei Direttori non rientra in quanto si è cercato di codificare. La voce stare al telefono, a seconda della regione di appartenenza, occupa più o meno tempo: ad esempio in Friuli Venezia Giulia i direttori sembra che non prediligano questo mezzo di comunicazione, al contrario dell'Emilia Romagna o il Veneto, dove i direttori passano al telefono molto tempo. Altra voce dove si rileva una

notevole diversificazione di stili di direzione è il lavoro in ufficio (studio documenti, stesura relazioni, etc.): in Umbria per i direttori generali è non distintivo fare questo tipo di lavoro, mentre in altre regioni, ad esempio in Sardegna, o in Abruzzo, o nelle Marche questa voce è molto più consistente, i direttori fanno molto lavoro di *back office* e sembrano produrre un output specifico. Se poi si somma l'attività di *policy making* con le riunioni a livello regionale si vede altrettanta variabilità regionale.

Attività del Direttore Generale nella sua giornata per Regione di appartenenza (%)



Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Anche le riunioni con i propri dipendenti evidenziano diversi stili regionali. Infine, se si mettono insieme le riunioni con lo staff aziendale (allargato) e le riunioni con i propri collaboratori diretti (Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo) si evidenzia come esse occupino in proporzione la parte principale dell'attività giornaliera.

A questo punto si analizzano le competenze che secondo i rispondenti caratterizzano il proprio ruolo, tenuto presente che si trattava di un item a risposta multipla e che per tanto è possibile prendere in considerazione tanto la percentuale calcolata sul totale delle risposte (da somma 100%) quanto la percentuale calcolata sul totale dei casi (tiene invece conto del fatto che un caso, ovvero un soggetto, sceglie una o più risposte).

È interessante notare come le competenze ritenute dalla maggior parte distintive di questo ruolo siano per lo più legate a dimensioni relazionali e comunicative, oltre naturalmente ad aspetti più prettamente cognitivi. Vengono altresì ritenute meno cruciali le competenze professionali legate agli aspetti tecnici del ruolo, come ad esempio

il controllo di gestione e il controllo del bilancio, le procedure amministrative, il governo dei percorsi assistenziali.

Competenze distintive del Direttore Generale: risposte multiple

TABELLA 4.34		Risposte		Percentuale di casi
		N	Percentuale	
	creare spirito di gruppo	55	5,7%	79,7%
	avere pensiero prospettico (capacità di formulare ipotesi e scenari alternativi al fine di centrare la previsione dell'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti)	55	5,7%	79,7%
	governare l'organizzazione e gestire i processi (competenze organizzative)	53	5,5%	76,8%
	motivare i propri collaboratori	52	5,4%	75,4%
	leggere le dinamiche politico-istituzionali e interpretarle correttamente (sensibilità politica)	52	5,4%	75,4%
	avere pensiero sistemico (capacità di prendere decisioni alla luce della complessità degli elementi in causa, sia in termini di cause che in termini di effetti)	52	5,4%	75,4%
	comunicare efficacemente con i propri collaboratori	50	5,2%	72,5%
	controllare che vengano raggiunti gli obiettivi aziendali	48	5,0%	69,6%
	delegare	47	4,9%	68,1%
	essere orientati ai risultati	44	4,6%	63,8%
	delineare una strategia aziendale	43	4,5%	62,3%
	saper impiegare bene le risorse a disposizione (efficacia ed efficienza)	40	4,2%	58,0%
	periodicamente fornire ai propri collaboratori un riscontro sulla qualità del lavoro e sui risultati raggiunti	40	4,2%	58,0%
	mantenere il proprio equilibrio nelle situazioni conflittuali, tenendo sempre presente l'obiettivo da raggiungere	38	4,0%	55,1%
	prendere decisioni ferme, gestendo adeguatamente i tempi del processo decisionale	37	3,9%	53,6%
	gestire i conflitti	35	3,6%	50,7%
	saper pianificare e programmare le attività da svolgere tenuto conto delle risorse disponibili	35	3,6%	50,7%
	cercare e utilizzare i margini di trattativa nelle situazioni negoziali	33	3,4%	47,8%
	saper gestire le risorse umane	27	2,8%	39,1%
	valutare le performance dei propri collaboratori	26	2,7%	37,7%
	analizzare e scomporre i problemi sino al livello richiesto al fine di individuare una soluzione realizzabile ed ottimale (problem solving)	25	2,6%	36,2%
	saper controllare il bilancio	23	2,4%	33,3%
	saper gestire lo stress derivante dal tipo di lavoro	20	2,1%	29,0%
	governare i percorsi assistenziali	14	1,5%	20,3%
	presidiare il controllo di gestione	13	1,4%	18,8%
	attuare procedure amministrative	4	0,4%	5,8%
	Totale	961	100,0%	

Competenze distintive del Direttore Generale ritenute GIÀ IN POSSESSO dal rispondente: risposte multiple

TABELLA 4.35	Risposte		Percentuale di casi
	N	Percentuale	
delineare una strategia aziendale	54	7,9%	81,8%
creare spirito di gruppo	42	6,1%	63,6%
avere pensiero prospettico (capacità di formulare ipotesi e scenari alternativi al fine di centrare la previsione dell'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti)	38	5,6%	57,6%
motivare i propri collaboratori	38	5,6%	57,6%
leggere le dinamiche politico-istituzionali e interpretarle correttamente (sensibilità politica)	37	5,4%	56,1%
avere pensiero sistemico (capacità di prendere decisioni alla luce della complessità degli elementi in causa, sia in termini di cause che in termini di effetti)	36	5,3%	54,5%
delegare	36	5,3%	54,5%
comunicare efficacemente con i propri collaboratori	33	4,8%	50,0%
controllare che vengano raggiunti gli obiettivi aziendali	33	4,8%	50,0%
governare l'organizzazione e gestire i processi (competenze organizzative)	33	4,8%	50,0%
gestire i conflitti	29	4,2%	43,9%
essere orientati ai risultati	28	4,1%	42,4%
saper impiegare bene le risorse a disposizione (efficacia ed efficienza)	27	4,0%	40,9%
saper pianificare e programmare le attività da svolgere tenuto conto delle risorse disponibili	26	3,8%	39,4%
cercare e utilizzare i margini di trattativa nelle situazioni negoziali	25	3,7%	37,9%
mantenere il proprio equilibrio nelle situazioni conflittuali, tenendo sempre presente l'obiettivo da raggiungere	24	3,5%	36,4%
prendere decisioni ferme, gestendo adeguatamente i tempi del processo decisionale	24	3,5%	36,4%
analizzare e scomporre i problemi sino al livello richiesto al fine di individuare una soluzione realizzabile ed ottimale (problem solving)	19	2,8%	28,8%
saper gestire le risorse umane	19	2,8%	28,8%
valutare le performance dei propri collaboratori	18	2,6%	27,3%
saper gestire lo stress derivante dal tipo di lavoro	17	2,5%	25,8%
periodicamente fornire ai propri collaboratori un riscontro sulla qualità del lavoro e sui risultati raggiunti	14	2,0%	21,2%
saper controllare il bilancio	13	1,9%	19,7%
governare i percorsi assistenziali	9	1,3%	13,6%
presidiare il controllo di gestione	9	1,3%	13,6%
attuare procedure amministrative	2	,3%	3,0%
Totale	683	100,0%	

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto riguarda le competenze già ritenute in possesso, molte di quelle che sono state indicate con la maggior frequenza dai rispondenti rientrano tra quelle ritenute più tipiche del ruolo (fa eccezione solo *governare l'organizzazione e gestire i processi*, rispetto a cui una proporzione inferiore di rispondenti ha dichiarato di ritenersi già competente

in merito): emerge dunque una coincidenza piuttosto stretta tra gli aspetti ritenuti cruciali per svolgere il ruolo e la propria autovalutazione nel ruolo stesso.

Per verificare ulteriormente la relazione tra le competenze ritenute distintive del ruolo di Direttore Generale e quelle che i rispondenti valutano di avere già (cosa ritiene di saper fare meglio), si è pensato di costruire 4 tipologie di situazioni, a seconda della concordanza o meno nella risposta ai due items.

Successivamente sono state studiate le frequenze e le percentuali delle situazioni così ottenute. Più in particolare:

- se una data competenza non è stata segnalata come competenza distintiva del ruolo e si è valutato di non esserne in possesso, non selezionando l'item corrispondente in nessuno dei due set proposti, la situazione è stata denominata **INUTILE**
- se una data competenza non è stata segnalata come competenza distintiva del ruolo e si è valutato di esserne in possesso, selezionando l'item corrispondente solo nel secondo dei due set proposti, la situazione è stata denominata **ESUBERO**
- se una data competenza è stata segnalata come competenza distintiva del ruolo e si è valutato di esserne in possesso, selezionando l'item corrispondente in ciascuno dei due set proposti, la situazione è stata denominata **GIÀ COMPETENTE**
- se una data competenza è stata segnalata come competenza distintiva del ruolo e si è valutato di non esserne in possesso, selezionando l'item corrispondente solo nel primo dei due set proposti, la situazione è stata denominata **BISOGNO**

Da quest'analisi sembrerebbe che chi risponde ritiene prevalentemente **INUTILI** le competenze proposte, non ritenendole da una parte distintive del ruolo, dall'altra valutando di non esserne comunque in possesso.

Di contro, molte persone ritengono le competenze proposte distintive del ruolo, ma si ritengono **GIÀ COMPETENTI**.

Nessuna tra le variabili proposte esce spiccatamente come **BISOGNO** formativo e solamente *delineare una strategia aziendale* viene ritenuta competenza in **ESUBERO**.

A partire dalle esperienze descritte nell'Appendice B del presente capitolo (vedi best practice vissute negli ultimi tre anni con motivazioni), emergono situazioni particolarmente interessanti dal punto di vista delle competenze che sottendono, ovvero:

- costruire un sistema aziendale con valori ed obiettivi espliciti, chiarezza dei ruoli, di responsabilità e delle regole di sistema, presidio delle azioni programmate e rendicontazione esterna dei risultati;
- creare reti distrettuali attraverso interventi organizzativi e strutturali per razionalizzare e promuovere il lavoro per processi anziché per funzioni;
- garantire la realizzazione del bilancio di missione, come strumento di rendicontazione pubblica, trasparente e contestabile, ai committenti istituzionali (in primis la conferenza territoriale sociale e sanitaria e i comitati di distretto);
- impiegare metodologie del processo di budgeting attente alle politiche per il miglio-

ramento della qualità assistenziale nel suo complesso, adottando un sistema di monitoraggio attraverso gli obiettivi di budget, individuando gli indicatori di processo e di esito delle prestazioni per migliorarne continuamente l'appropriatezza e l'efficacia e attivando sistemi di controllo e reporting.

- negoziare con erogatori sanitari con obiettivi agganciati al budget per avere maggiori possibilità in termini di controllo dell'appropriatezza;
- perseguire l'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni con liste di attesa più lunghe incidendo sul contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali attraverso l'applicazione dei RAO;
- piano integrato e strategico di comunicazione esterna;
- predisporre o rivedere l'Atto Aziendale, inteso come momento di rilettura partecipata della missione e della struttura organizzativa, oltre che di applicazione di criteri di trasparenza alla programmazione e alla gestione aziendale;
- progettare e realizzare un piano strategico triennale a partire da un'analisi completa dell'azienda e del territorio;
- promuovere gli investimenti strutturali e in attrezzature ai fini dell'ammodernamento e della razionalizzazione nell'impiego delle risorse;
- promuovere il cambiamento attraverso il reclutamento delle figure apicali e costruzione dello staff di direzione, garantendo qualità delle scelte ed autonomia delle modalità di selezione;
- promuovere l'integrazione ospedale-territorio;
- promuovere l'integrazione ospedale-università in termini di sinergia tra didattica, ricerca e attività assistenziale con miglioramento della performance professionale;
- promuovere la cultura del lavoro orientata agli obiettivi, utilizzando strumenti quali il processo di budget, la valutazione ed il controllo strategico;
- promuovere la gestione del rischio clinico, come strumento di responsabilizzazione dei professionisti;
- promuovere la realizzazione del bilancio sociale, come strumento di informazione e trasparenza pubblica e di rendicontazione esterna dei risultati;
- promuovere la realizzazione di azioni inclusive nell'ottica di gestione di equilibrio tra prossimità e concentrazione;
- promuovere la riorganizzazione ospedaliera (modelli per intensità di cure, per livelli assistenziali, dipartimentalizzazione), favorendo l'integrazione, il presidio delle risorse e l'ottimizzazione dei percorsi con il recupero dell'efficienza e il contenimento dei costi, valorizzando le professionalità coinvolte in termini di autonomia e responsabilità;
- provvedere alla revisione dell'Atto aziendale come momento di analisi dell'organizzazione aziendale con criteri partecipativi e con trasparenza;
- puntare al contenimento della spesa farmaceutica con l'introduzione di opportuni meccanismi di governo a livello aziendale, di macrostruttura e singola struttura;
- puntare all'accreditamento internazionale, per consentire metodologicamente e

- operativamente di integrare meccanismi gestionali/organizzativi e generare sinergie positive fra risorse, funzioni e processi di sistemi complessi;
- rafforzare il ruolo del Collegio di Direzione per migliorare la governance ed incrementare le responsabilità dei suoi membri;
 - raggiungere l'equilibrio di bilancio grazie all'elaborazione e applicazione di soluzioni organizzativo/gestionali di contenimento dei costi a parità di produzione, intervenendo sui processi così da ridurre gli sprechi;
 - riorganizzare e razionalizzare i processi di lavoro, semplificando e organizzando il lavoro per processi anziché per funzioni;
 - riorganizzazione ospedaliera su base dipartimentale, così da favorire l'integrazione, il presidio delle risorse e l'ottimizzazione dei percorsi;
 - saper costruire un piano attuativo locale con il coinvolgimento dei dirigenti e professionisti dell'azienda nella governance del sistema provinciale sociale e sanitario;
 - sapersi rapportare correttamente con la "buona politica", ovvero saper difendere l'autonomia della scelta manageriale ma essere snodo di relazioni complesse;
 - valorizzare le risorse umane, coinvolgendo e comunicando il più possibile;

Entrando nel merito della situazione BISOGNO, gli items più consistenti risultano essere:

- *periodicamente fornire ai propri collaboratori un riscontro sulla qualità del lavoro e sui risultati raggiunti* (scelto come tale dal 37,8% del campione),
- *governare l'organizzazione e gestire i processi (competenze organizzative)* (29,70% del campione)
- *comunicare efficacemente con i propri collaboratori* (29,70% del campione)
- *essere orientati ai risultati* (28,40% del campione)
- *saper impiegare bene le risorse a disposizione (efficacia ed efficienza)* (27,00% del campione)
- *avere pensiero prospettico (capacità di formulare ipotesi e scenari alternativi al fine di centrare la previsione dell'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti)* (27,00% del campione).

SINTESI DEL PARAGRAFO

Complessivamente il campione in esame valuta di possedere già le principali competenze distintive caratterizzanti il ruolo di Direttore Generale, dichiarando solo in parte di avere dei bisogni formativi particolari.

Le competenze ritenute più significative per il ruolo di Direttore Generale da almeno il 60% dei rispondenti sono:

- *creare spirito di gruppo*
- *avere pensiero prospettico (capacità di formulare ipotesi e scenari alternativi al fine di centrare la previsione dell'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti)*
- *governare l'organizzazione e gestire i processi (competenze organizzative)*
- *motivare i propri collaboratori*

Valutazione dei bisogni formativi a partire dalla relazione tra competenze distintive del DG e autovalutazione delle competenze

TABELLA 4.36

	INUTILE: competenza non distintiva, non in possesso		GIÀ COMPETENTE: competenza distintiva, già in possesso		ESUBERO: competenza non distintiva, già in possesso		BISOGNO: competenza distintiva, non in possesso	
	frequenza	%	frequenza	%	frequenza	%	frequenza	%
Governare l'organizzazione e gestire i processi (competenze organizzative)	19	25,7%	31	41,9%	2	2,7%	22	29,7%
Controllare che vengano raggiunti gli obiettivi aziendali	23	31,1%	30	40,5%	3	4,1%	18	24,3%
Presidiare il controllo di gestione	57	77,0%	5	6,8%	4	5,4%	8	10,8%
Saper controllare il bilancio	46	62,2%	8	10,8%	5	6,8%	15	20,3%
Delineare una strategia aziendale	13	17,6%	36	48,6%	18	24,3%	7	9,5%
Saper impiegare bene le risorse a disposizione (efficacia ed efficienza)	27	36,5%	20	27,0%	7	9,5%	20	27,0%
Attuare procedure amministrative	69	93,2%	1	1,4%	1	1,4%	3	4,1%
Saper gestire le risorse umane	42	56,8%	14	18,9%	5	6,8%	13	17,6%
Valutare le performance dei propri collaboratori	44	59,5%	14	18,9%	4	5,4%	12	16,2%
Periodicamente fornire ai propri collaboratori un riscontro sulla qualità del lavoro e sui risultati raggiunti	32	43,2%	12	16,2%	2	2,7%	28	37,8%
Comunicare efficacemente con i propri collaboratori	19	25,7%	28	37,8%	5	6,8%	22	29,7%
Creare spirito di gruppo	15	20,3%	38	51,4%	4	5,4%	17	23,0%
Delegare	24	32,4%	33	44,6%	3	4,1%	14	18,9%
Motivare i propri collaboratori	18	24,3%	34	45,9%	4	5,4%	18	24,3%
Governare i percorsi assistenziali	58	78,4%	7	9,5%	2	2,7%	7	9,5%
Leggere le dinamiche politico-istituzionali e interpretarle correttamente (sensibilità politica)	20	27,0%	35	47,3%	2	2,7%	17	23,0%
Saper gestire lo stress derivante dal tipo di lavoro	47	63,5%	10	13,5%	7	9,5%	10	13,5%
Mantenere il proprio equilibrio nelle situazioni conflittuali, tenendo sempre presente l'obiettivo da raggiungere	32	43,2%	20	27,0%	4	5,4%	18	24,3%
Gestire i conflitti	33	44,6%	23	31,1%	6	8,1%	12	16,2%
Cercare e utilizzare i margini di trattativa nelle situazioni negoziali	36	48,6%	20	27,0%	5	6,8%	13	17,6%
Saper pianificare e programmare le attività da svolgere tenuto conto delle risorse disponibili	34	45,9%	21	28,4%	5	6,8%	14	18,9%

Segue

Valutazione dei bisogni formativi a partire dalla relazione tra competenze distintive del DG e autovalutazione delle competenze

SEGUETABELLA 4.36

	INUTILE: competenza non distintiva, non in possesso		GIÀ COMPETENTE: competenza distintiva, già in possesso		ESUBERO: competenza non distintiva, già in possesso		BISOGNO: competenza distintiva, non in possesso	
	frequenza	%	frequenza	%	frequenza	%	frequenza	%
Analizzare e scomporre i problemi sino al livello richiesto al fine di individuare una soluzione realizzabile ed ottimale (problem solving)	44	59,5%	14	18,9%	5	6,8%	11	14,9%
Prendere decisioni ferme, gestendo adeguatamente i tempi del processo decisionale	33	44,6%	20	27,0%	4	5,4%	17	23,0%
Essere orientati ai risultati	25	33,8%	23	31,1%	5	6,8%	21	28,4%
Avere pensiero prospettico (capacità di formulare ipotesi e scenari alternativi al fine di centrare la previsione dell'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti)	16	21,6%	35	47,3%	3	4,1%	20	27,0%
Avere pensiero sistemico (capacità di prendere decisioni alla luce della complessità degli elementi in causa, sia in termini di cause che in termini di effetti)	21	28,4%	35	47,3%	1	1,4%	17	23,0%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

- leggere le dinamiche politico-istituzionali e interpretarle correttamente (sensibilità politica)
- avere pensiero sistemico (capacità di prendere decisioni alla luce della complessità degli elementi in causa, sia in termini di cause che in termini di effetti)
- comunicare efficacemente con i propri collaboratori
- controllare che vengano raggiunti gli obiettivi aziendali
- delegare
- essere orientati ai risultati
- delineare una strategia aziendale.

Gli aspetti dove i rispondenti riscontrano maggiori criticità in termini di competenze sono:

- periodicamente fornire ai propri collaboratori un riscontro sulla qualità del lavoro e sui risultati raggiunti,
- governare l'organizzazione e gestire i processi
- comunicare efficacemente con i propri collaboratori
- essere orientati ai risultati
- saper impiegare bene le risorse a disposizione (efficacia ed efficienza)
- avere pensiero prospettico (capacità di formulare ipotesi e scenari alternativi al fine di centrare la previsione dell'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti)

Durante il focus è emerso come queste competenze siano segno di grande maturità e di capacità di lettura del contesto da parte dei direttori generali. In particolare avere pensiero prospettico è da loro considerata come una delle capacità più sofisticate, perché le organizzazioni sanitarie sono composte da professionisti di alto livello, ma i direttori hanno spesso a disposizione poche risorse per poter gestire i diversi livelli di complessità: è dunque per loro indispensabile saper valutare le priorità in prospettiva, avere capacità progettuale nonostante tutti i vincoli presenti e riuscire a comunicare l'entusiasmo ai diversi gruppi professionali.

4.3.6 Aspettative nei confronti della formazione manageriale

Relativamente alle metodologie didattiche impiegate, le aspettative maggiori riguardano principalmente metodologie attive quali *l'analisi e la discussione di casi di studio* (92% di risposta), *il lavoro di gruppo in aula* (66.7% di risposta), *l'elaborazione di un project work* (61.5% di risposta), oltre alle classiche *lezioni frontali* (60.3% di risposta). È interessante notare come una percentuale consistente di rispondenti spera di non trovarsi coinvolto in lavori individuali in aula (42.9% dei rispondenti) o in lavori individuali a termine lezione (33.3% dei rispondenti).

Per quanto riguarda le metodologie meno usuali come la *Formazione a Distanza* e la *Presenza di un Facilitatore* sono consistenti le percentuali di coloro che non si sentono in grado di esprimersi, probabilmente avendo pochi elementi per farlo.

Alla luce della Sua esperienza, cosa si aspetta da un corso per Direttori Generali e cosa spera di non trovare:

TABELLA 4.37

Metodologia didattica	mi aspetto DI TROVARE		non saprei		spero di NON TROVARE	
	frequenza	%	frequenza	%	frequenza	%
Lezione frontale	38	60,3%	13	20,6%	12	19,0%
Presenza di un facilitatore	33	51,6%	27	42,2%	4	6,3%
Analisi e discussione di casi di studio	62	92,5%	5	7,5%		
Elaborazione di un project work	40	61,5%	21	32,3%	4	6,2%
Lavoro di gruppo in aula	44	66,7%	17	25,8%	5	7,6%
Lavoro di gruppo a termine lezione	22	34,9%	26	41,3%	15	23,8%
Lavoro individuale in aula	12	19,0%	24	38,1%	27	42,9%
Lavoro individuale a termine lezione	15	23,8%	27	42,9%	21	33,3%
Giochi di ruolo	26	40,6%	24	37,5%	14	21,9%
Esercitazioni esperienziali in outdoor	37	57,8%	18	28,1%	9	14,1%
Formazione a Distanza (FAD)	20	31,3%	32	50,0%	12	18,8%
Altro	10	15,9%	52	82,5%	1	1,6%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto riguarda i contenuti affrontati, tra quelli rispetto a cui ci sono le maggiori aspettative molti sono in linea con quanto emerso dall'analisi delle competenze possedute ed esercitate dai rispondenti, rilevate attraverso l'analisi delle esperienze profes-

sionali più significative nel ruolo, liberamente espresse ed argomentate. Tra queste si evidenziano *Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse* (83.3% di risposta), *La gestione della comunicazione interna ed esterna* (75,0% di risposta), *La gestione dei percorsi ospedale - territorio e la continuità assistenziale* (75,0% di risposta), *la clinical governance* (75,0% di risposta). Altro argomento di grande interesse, non emerso dalle analisi precedenti, risulta essere *I sistemi di valutazione delle performance aziendali* (86.2% di risposta).

Per quanto riguarda gli argomenti meno desiderati, ne spiccano alcuni di carattere giuridico economico, ovvero *la normativa sul sistema sanitario italiano* (31.3% di risposta) e *la contabilità analitica* (30.2% di risposta).

Alla luce della Sua esperienza, cosa si aspetta da un corso per Direttori Generali e cosa spera invece di non trovare:

TABELLA 4.38

Contenuti affrontati	mi aspetto DI TROVARE		non saprei		spero di NON TROVARE	
	frequenza	%	frequenza	%	frequenza	%
Lezione frontale	38	60,3%	13	20,6%	12	19,0%
Normativa sul sistema sanitario italiano	30	46,9%	14	21,9%	20	31,3%
Strategie e assetti dei sistemi sanitari pubblici	47	74,6%	12	19,0%	4	6,3%
I sistemi sanitari internazionali	42	63,6%	22	33,3%	2	3,0%
Federalismo fiscale e federalismo sanitario	37	56,9%	23	35,4%	5	7,7%
La gestione dei percorsi ospedale - territorio e la continuità assistenziale	51	75,0%	12	17,6%	5	7,4%
La riorganizzazione dell'offerta: dipartimentalizzazione e Ospedale per Intensità di Cura	46	70,8%	14	21,5%	5	7,7%
La clinical governance	48	75,0%	13	20,3%	3	4,7%
I sistemi informativi (sistemi di supporto alle decisioni)	44	67,7%	15	23,1%	6	9,2%
I sistemi di valutazione delle performance aziendali	56	86,2%	8	12,3%	1	1,5%
I sistemi di qualità e di accreditamento	38	59,4%	18	28,1%	8	12,5%
La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	38	59,4%	19	29,7%	7	10,9%
L'epidemiologia per l'analisi dei bisogni sanitari	29	44,6%	26	40,0%	10	15,4%
La leadership ed i processi di delega	47	72,3%	12	18,5%	6	9,2%
Il ruolo della dirigenza	33	51,6%	22	34,4%	9	14,1%
Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse	55	83,3%	9	13,6%	2	3,0%
Strumenti e metodi per la formazione, lo sviluppo e la motivazione del personale	45	70,3%	14	21,9%	5	7,8%
Strumenti e processi di negoziazione	39	61,9%	19	30,2%	5	7,9%
La gestione della comunicazione interna ed esterna	48	75,0%	13	20,3%	3	4,7%
Il problem solving e la gestione del gruppo di lavoro	37	58,7%	17	27,0%	9	14,3%

Alla luce della Sua esperienza, cosa si aspetta da un corso per Direttori Generali e cosa spera invece di non trovare:

SEGLUE TABELLA 4.38

Contenuti affrontati	mi aspetto DI TROVARE		non saprei		spero di NON TROVARE	
	frequenza	%	frequenza	%	frequenza	%
Il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali	26	41,3%	25	39,7%	12	19,0%
La dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie	39	61,9%	19	30,2%	5	7,9%
Il sistema di controllo di gestione	35	54,7%	19	29,7%	10	15,6%
La gestione del sistema di budget	34	54,0%	17	27,0%	12	19,0%
Le tecniche di pianificazione ed analisi degli investimenti	45	71,4%	12	19,0%	6	9,5%
La contabilità analitica	24	38,1%	20	31,7%	19	30,2%
Altro	12	19,4%	49	79,0%	1	1,6%

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Relativamente alle modalità di valutazione dell'apprendimento previste, colpisce la percentuale di chi risponde auspicandole (49.2% spera di non trovare *nessuna valutazione dell'apprendimento*), a testimonianza di come la cultura della valutazione stia prendendo piede rispetto a quella del "giudizio". Le modalità di verifica maggiormente apprezzate sembrano essere quelle di carattere individuale, ovvero i *test di verifica individuali* (53.1% di risposta) e *valutazione individuale dell'apprendimento a fine corso* (52.4% di risposta).

Alla luce della Sua esperienza, cosa si aspetta da un corso per Direttori Generali e cosa spera invece di non trovare:

TABELLA 4.39

Modalità di valutazione dell'apprendimento	mi aspetto DI TROVARE		non saprei		spero di NON TROVARE	
	frequenza	%	frequenza	%	frequenza	%
Valutazione di gruppo	22	34,4%	27	42,2%	15	23,4%
Test di verifica individuale	34	53,1%	19	29,7%	11	17,2%
Valutazione individuale dell'apprendimento a fine corso (giudizio)	33	52,4%	21	33,3%	9	14,3%
Nessuna valutazione dell'apprendimento	7	11,1%	25	39,7%	31	49,2%
Project Work	32	50,8%	27	42,9%	4	6,3%
Altro	9	14,5%	53	85,5%		

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

Per quanto riguarda la preferenza sulla specificità di corsi per le diverse figure apicali, molti dei rispondenti dichiarano di preferire un percorso comune ed in parte specifico (36.5% di risposta), così da massimizzare il confronto senza perdere di vista le necessità peculiari del ruolo di DG.

Ritiene sia più utile un corso comune a DG, DA, DS, DSS, oppure un percorso con lezioni specifiche per il solo ruolo di Direttore Generale?

		Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
TABELLA 4.40	Percorso comune	19	27,9	27,9
	Percorso specifico	22	32,4	60,3
	Percorso in parte comune ed in parte specifico	27	39,7	100,0
	Totale	68	100,0	
	Mancanti	6		
	Totale	74		

Fonte: Agenas - Unità di ricerca MES/Scuola Superiore S. Anna di Pisa

SINTESI DEL PARAGRAFO

Per quanto riguarda le aspettative nei confronti di percorsi formativi per i Direttori Generali, posto che sembra essere più opportuna la realizzazione di percorsi in parte comuni a DG, DA, DS, DSS ed in parte specifici, i principali argomenti da approfondire sono *Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse, La gestione della comunicazione interna ed esterna, La gestione dei percorsi ospedale - territorio e la continuità assistenziale, la clinical governance, I sistemi di valutazione delle performance aziendali.*

Le metodologie didattiche auspiccate, oltre alle consuete lezioni frontali, sono *Analisi e discussione di casi di studio, Elaborazione di un project work, Lavoro di gruppo in aula.*

La valutazione finale rientra in misura consistente tra le aspettative dei rispondenti e le modalità preferite sono i *test di verifica individuali* e la *valutazione individuale dell'apprendimento a fine corso.*

Infine i direttori ritengono formativo avere la possibilità di svolgere il percorso in parte in comune con i direttori sanitari e amministrativi così da massimizzare il confronto senza perdere di vista le necessità peculiari del ruolo di Direttori Generali.

4.4 INTERPRETAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI: IL FOCUS GROUP SULLA FORMAZIONE MANAGERIALE

L'obiettivo di questa parte della ricerca era di verificare direttamente con i Direttori Generali il tipo di formazione manageriale che hanno svolto ai sensi dell'art. 3-bis del D. Leg. n. 502 del 1992, raccogliendo il loro giudizio sul valore del corso effettuato e impostando un'analisi dei fabbisogni formativi alla luce dell'esperienza e delle problematiche che i Direttori si trovano ad affrontare nel loro agire quotidiano.

Il focus group organizzato il 16 settembre a Roma con un panel di Direttori selezionati da Age.na.s è stato il momento di discussione conclusivo che ha permesso di approfondire ed interpretare i risultati emersi in fase di ricerca e permettere un'interpretazione qualitativa dei risultati.

Il focus ha costituito un momento di approfondimento con i direttori di alcuni aspetti

della ricerca: il percorso di studi e di carriera, la formazione manageriale e il contesto organizzativo nel quale stanno lavorando, quali sono le aspettative nei confronti della formazione manageriale e in che cosa la formazione manageriale può rispondere rispetto alle criticità e alle aree di sviluppo e miglioramento del proprio lavoro.

Di seguito sono riportati per punti i principali argomenti emersi durante la discussione.

4.4.1 Profilo e contesto organizzativo

La percentuale media di risposta a livello nazionale è stata pari al 30%: in alcuni casi le regioni hanno una percentuale di risposta che va oltre il 50%, in altri casi abbiamo regioni che non hanno neanche un rispondente.

Per alcune regioni il dato è quindi significativo, però si nota come altre regioni, che hanno maggiori criticità a livello gestionale, hanno percentuali di risposta al di sotto della media; in alcuni casi non è stato raccolto nessun questionario e questo sembra indicare un disagio non espresso.

Sono da considerare anche alcuni elementi di contesto: in alcune regioni il *turn over* dei Direttori Generali è molto elevato: se la permanenza di un direttore nella sua azienda è molto bassa spesso probabilmente non ha neanche il tempo per consolidare il proprio ruolo con corsi di formazione ad hoc. Nell'ultimo anno ci sono state anche diverse regioni commissariate (Calabria e Campania).

Da segnalare il caso di alcune regioni come Liguria, Trentino Alto Adige e Val d'Aosta che sono attive da un punto di vista della formazione manageriale, ma che comunque non hanno nessun rispondente.

In generale rispondenti hanno risposto al questionario direttori di esperienza, persone che hanno chiaro cosa significa svolgere un ruolo di direttore generale in un'azienda sanitaria. Il ruolo di Direttore Generale è già stato ricoperto dagli intervistati prevalentemente per un periodo compreso tra 3-5 anni (24.3%) o tra 1-3 anni (20.3%) e ben 26 persone ricoprono il ruolo da più di 7 anni.

In prevalenza i Direttori hanno una formazione medica e questo dato sembra essere una tendenza in atto sul panorama nazionale.

Le Regioni richiedono dunque al Direttore Generale di ricoprire un ruolo che preveda il possesso di competenze sia di direzione aziendale sia di carattere sanitario e questo dato sembra essere confermato dai direttori presenti al focus:

“Il DG deve sapere di cosa si parla... per capire che anche i propri collaboratori: non sempre ci azzeccano”

Questa riflessione, che poi si è ulteriormente sviluppata quando si è affrontato il set di competenze necessarie a svolgere il ruolo, ha portato i direttori a condividere una proposta comune sui diversi tipi di competenze che un manager deve possedere per svolgere al meglio il proprio ruolo.

4.4.2 Le competenze distintive del ruolo di direttore generale e le principali aspettative dai corsi per direttori generali

Durante il focus sono state evidenziate tre diverse tipologie di competenze che dovrebbe possedere un direttore generale per svolgere il proprio ruolo e che dovrebbe dunque acquisire durante un percorso formativo se carenti, ossia:

- competenze tecnico – gestionali
- competenze relazionali (soft skills)
- competenze specifiche in linea con il contesto regionale, per sviluppare la capacità di perseguimento degli obiettivi regionali

Queste competenze possono anche essere classificate in due macrotipologie:

- quelle che possono essere considerate imprescindibili e che attengono al ruolo del DG in cui si ricomprendono le competenze tecnico-gestionali e relazionali
- quelle da sviluppare in linea con le peculiarità delle regioni e delle specifiche scelte di modello organizzativo

Rispetto a quanto è emerso dai questionari, dove le competenze distintive del ruolo sono per lo più legate a dimensioni relazionali e sono date per acquisite quelle più professionalizzanti, durante il focus i direttori hanno ribadito l'importanza di includere anche quest'ultimo tipo di competenze.

“Le competenze tecniche non sono banali e non devono essere date per scontate”

“Ci dovrebbe essere un corso, che indipendente dalla regione in cui si opera dovrebbe fornire o comunque portarci a essere attrezzati”.

“Fra i direttori ci dovrebbe essere una base comune di carattere gestionale e di governance complessiva, poiché è evidente che siamo in sanità e c'è la clinical governance, la sostenibilità economica, il clinical risk management e quant'altro”

“Un direttore generale dovrebbe fare un test di ingresso indipendentemente dal tipo di azienda che andrà a dirigere, può fare il direttore generale di una Asl piuttosto che di qualsiasi altra azienda. Nel percorso, deve comunque acquisire competenze sul piano del controllo di gestione, del comportamento organizzativo e di gestione delle risorse umane, competenze di carattere amministrativo e di organizzazione aziendale: deve acquisire un cruscotto insomma, un tableau de bord: per alcune cose bisogna avere una impostazione perché sei in una posizione apicale.”

L'ambito di bisogno formativo su cui tutti sono stati pienamente d'accordo con chi ha risposto al questionario è quello relativo all'acquisizione della capacità di pensiero prospettico, dove per pensiero prospettico si intende la capacità di ipotizzare scenari alterna-

tivi al fine di gestire e prevenire l'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti), avere pensiero sistemico (capacità di prendere decisioni alla luce della complessità del contesto), saper motivare i propri collaboratori e saper comunicare efficacemente con loro.

“Avere pensiero prospettico quando lavori in un'organizzazione sanitaria e quando le risorse sono poche e i problemi sono tanti è gran parte del lavoro! La speranza è la benzina, cioè voglio dire riuscire a coinvolgere i gruppi professionali su progetti di lungo periodo, con tutti i vincoli presenti, è una leva vera di motivazione, che è difficile da gestire ma che è una delle chiavi di volta nel coinvolgimento di professionisti, è la loro lingua. In futuro credo che sia una delle capacità più sofisticate”.

“Anche aver sottolineato l'importanza di saper motivare i propri collaboratori e saper comunicare efficacemente con loro penso che sia veramente azzeccato perché uno dei problemi più grossi, che poi è alla base di processi di motivazione del personale, è avere la capacità di lavorare con i propri collaboratori. Le indagini di clima sottolineano questo aspetto come uno dei punti di maggiore criticità: si dà per scontato che il lavoro è ben fatto, e ci si occupa semmai dei problemi. Questo fattore è invece molto importante per chi lavora, penso che sia un elemento su cui mi ritrovo”.

Un punto fortemente discusso dal tavolo di lavoro ha riguardato l'importanza per un direttore generale di possedere o meno competenze di carattere gestionale - sanitario. In sintesi i colleghi si sono tutti trovati d'accordo sul fatto che il ruolo del direttore generale prevede che esso sia competente in materia sanitaria, laddove la competenza sanitaria gli consente di individuare le migliori strategie aziendali per sviluppare determinati modelli gestionali, in linea con la politica regionale. Uno dei compiti principali del direttore generale è di essere agente di cambiamento ed è lui l'unico che ha -per ruolo- il compito di individuare le leve per agire e dare impulso alla trasformazione e al cambiamento in azienda:

“Il DG deve spingere ma per spingere deve avere in testa qual è il modello verso cui andare!”.

“Noi governiamo delle aziende che non fanno bulloni”.

“Saper gestire il governo dei percorsi assistenziali non è poi così scontato! C'è ancora da fare”.

“... Dobbiamo capire cosa vuol dire acquisire competenze professionali sui percorsi, perché altro è avere una visione dal punto di vista della direzione generale circa l'importanza dei percorsi e della necessità di implementare i percorsi assistenziali nell'ambito dell'azienda, altro che il direttore generale debba avere una competenza professionale sui percorsi assistenziali. Se la competenza del direttore generale è quella di sviluppare politiche per gli enti, fare logiche di rete, i percorsi assistenziali devono essere pensati a livello strategico. Però qualcun altro deve

sviluppare il percorso, il ruolo del direttore è comprenderlo e certamente favorirlo”.

“... Se per percorso assistenziale intendiamo il percorso del paziente con scompenso cardiaco io non credo che attenga alla professionalità del direttore generale, ma se per percorso assistenziale intendiamo tutto ciò che sta dentro l'integrazione sociale e sanitaria, tutta l'integrazione ospedale e territorio, tutta quella che è la politica generale dell'azienda verso certe categorie di malati, penso in particolare alle malattie croniche, allora sì è compito della direzione generale presidiare questo tipo di competenza”.

“Presi poi uno per uno lo scompenso cardiaco, il diabete, eccetera eccetera, ognuno ha il suo percorso assistenziale, e non credo che attenga alla sfera delle competenze distintive del direttore generale. Certamente il direttore generale deve avere una visione chiarissima del fatto che se non mette insieme le competenze che altri devono avere nel territorio e nell'ospedale, il percorso assistenziale non funziona. Se non mette insieme le competenze che altri devono avere in campo sociale e in campo sanitario l'integrazione e i percorsi assistenziali non funzionano. Aggiungo, perché è un'esperienza che sto vivendo personalmente, laddove è possibile se non si mette insieme il territorio, l'ospedale e l'università, determinati percorsi assistenziali non sono assolutamente raggiungibili”.

Il direttore generale non deve essere necessariamente un medico, medico o barbiere che sia, non ha nessuna importanza, ma deve sapere che un ospedale è un'organizzazione molto complessa, che ci son problemi di percorsi assistenziali anche dentro gli ospedali... se un direttore generale non sa cosa occorre per gestire il cronico, non conosce le implicazioni del ruolo del medico di famiglia, delle strutture intermedie, di quelle residenziali, se non coglie tutto questo non va bene. Se non ha in testa quelle che sono le determinanti che oggi muovono, quelli che sono diciamo i trend rispetto ai nuovi bisogni che affrontiamo nell'organizzazione allora gli manca un pezzo. È vero che c'è il direttore sanitario, ma noi sappiamo la spinta che dà il direttore generale alla trasformazione, è quella che conta al di là dei rapporti interni.”

4.4.3 Giudizio complessivo del percorso formativo

Dal questionario e dal focus emerge complessivamente un giudizio positivo nei confronti dei percorsi formativi effettuati dai direttori generali anche se, vista l'anzianità nel ruolo dei rispondenti, i direttori presenti al focus hanno sottolineato che ci può essere una differenza fra i corsi frequentati dai rispondenti e i corsi attualmente erogati dalle regioni. Ad esempio in Lombardia in passato all'interno dei corsi di formazione manageriale per il top management delle aziende sanitarie erano previsti i viaggi all'estero, che ora non sono più offerti nel pacchetto formativo.

“Perché se teniamo che il 60 % dei rispondenti ha più di 3 anni di anzianità, questi sono i

DG che hanno fatto i corsi vecchi, che sono cambiati. I corsi nuovi sono diversi perché sta cambiando la sanità, perché sta cambiando tutto. Quindi può darsi che questa valutazione sia falsata”.

Altro punto su cui c'è accordo è che uno degli aspetti di maggior debolezza nei corsi di formazione è l'equilibrio tra la teoria e pratica. Questi corsi sono rivolti prevalentemente a chi già ricopre il ruolo operativamente, è importante dunque che gli obiettivi che si dichiarano nei corsi siano coerenti con quanto si svolge in aula, che le metodologie didattiche che si utilizzano siano efficaci per mantenere alto il livello di concentrazione dei partecipanti e che le competenze che vengono sviluppate in questi corsi siano fortemente “spendibili” nell'agire quotidiano dei direttori.

“.. Dal momento che sono tutti direttori generali impegnati già fortemente in una fase operativa bisogna tenerne conto! Si devono offrire competenze utili e si deve tener conto di quali strumenti di aggiornamento vengono dati, che devono essere legati a contesti reali”.

“Sono d'accordo.... il primo master che ho fatto in sanità mi ricordo eravamo 20 e alla fine del corso tutti hanno detto: abbiamo creato 20 frustrati perché tra quello che si dovrebbe fare e quello che si fa esattamente nelle nostre aziende c'è un abisso”.

I direttori riconoscono come un punto distintivo di una regione il fatto di essere in grado di utilizzare o meno la formazione come una leva gestionale: il fatto di aver strutturato la formazione a livello di sistema e di saperla utilizzare per perseguire gli obiettivi regionali fa senz'altro la differenza, inoltre permette di creare una cultura condivisa ed un network fra i DG partecipanti estremamente efficace e di supporto alle attività che i DG sono chiamati a svolgere.

Se quindi dovesse essere proposta una formazione su scala nazionale, è necessario che gli obiettivi formativi si limitino all'ambito delle competenze di base del DG, mentre nel contesto regionale è opportuno perseguire obiettivi diversi che convergano sulla strategia politica regionale.

“In Lombardia il corso è articolato al di là degli argomenti che interessano realmente, è legato soprattutto agli obiettivi della direzione politica della Regione, quindi gran parte del nostro quotidiano studiare è improntata al raggiungimento di quegli obiettivi. Oltre a essere un corso di formazione è un corso di politica regionale”.

“Le aziende per le quali siamo nominati direttori generali, che tipo di aziende dovranno essere? I direttori generali dovranno soltanto essere esecutori per raggiungere degli obiettivi o avranno una autonomia gestionale? la cultura manageriale cambia in funzione del tipo di azienda che dobbiamo gestire. Lo dico perché al forum PA della scorsa settimana, questi

argomenti sono stati trattati: è stato messo in dubbio se le aziende hanno ancora un'autonomia dal punto di vista gestionale. Se ci sono tanti compiti o compiti da raggiungere è una cosa, se stabiliti i criteri generali dell'aziendalizzazione, ai direttori generali si dà l'autonomia gestionale all'interno della quale ci sono gli obiettivi regionali fissati dalle delibere regionali, è un altro discorso. Va superato questo scoglio: quale è l'aziendalizzazione che si vuole oggi?"

"A livello nazionale la formazione si ferma alla formazione individuale, non è che riesce a cogliere anche le sfide che il concetto regionale gli pone.

Io posso pensare a dei contenuti che siano trasversali a livello nazionale perché siamo un sistema sanitario nazionale. Detto questo poi le modalità con cui vado a fare il collegamento tra teoria e pratica le considero calate verso le priorità del contesto in cui vivo".

Naturalmente tutto questo è possibile se si accetta come presupposto di avere in aula solo persone che già svolgono il ruolo di direttore, ma non in tutte le regioni è attualmente questo l'orientamento adottato:

"Se in aula già si ha delle responsabilità gli obiettivi sono molto chiari, c'è comunque un patto già tra assessori e DG in un certo senso, e se invece è un aspirante bisogna vedere come ci accede e tutto quanto, è una formazione diversa. Ora in Lombardia il corso è aperto a tutti".

4.4.4 Esperienza dei viaggi all'estero

I direttori hanno inoltre espresso con forza l'importanza della visita di istituzioni diverse da quella di appartenenza, in Italia o all'estero. Sul valore formativo del viaggio all'estero c'è infatti un assoluto accordo fra chi ha risposto al questionario e chi era presente al focus: questa osservazione è da prendere sicuramente in considerazione nell'interpretazione dei dati.

Il confronto con l'estero, con realtà anche molto diverse da quelle italiane, obbliga i partecipanti ad assumere un atteggiamento di maggiore umiltà e facilita quindi l'apprendimento. Quando si visita una struttura italiana emerge infatti un atteggiamento di competitività che non dispone i partecipanti ad un approccio ricettivo.

I direttori presenti al focus hanno anche evidenziato il carattere di condivisione che questo tipo di esperienza genera fra i partecipanti del corso, come ulteriore momento di empowerment del gruppo.

"È un'esperienza di una fortissima positività".

"C'è da dire che poi non tutti quelli che fanno quel corso vanno in un [unico] punto, ma ci sono più gruppi, uno va a New York, un altro va a Barcellona, quell'altro va a Oslo e così via che ritornano ed ognuno mette a disposizione quello che ha visto anche al resto del gruppo, il che significa che sostanzialmente ogni gruppo, anche se non direttamente, vive 4/5 realtà e questo mi sembra estremamente positivo".

4.5 CONCLUSIONI

Uno degli obiettivi della ricerca è stato di cercare di capire se attualmente – a parità di obbligo normativo - l'offerta formativa rivolta ai Direttori Generali sul territorio nazionale risponda efficacemente ai fabbisogni formativi del ruolo a prescindere dalla regione o se c'è un gap formativo nell'offerta delle varie regioni. In questo secondo caso si è cercato di capire se tale differenza sia di tipo qualitativo e quali siano i margini di miglioramento.

Un primo dato che sembra emergere è che quanto più il modello regionale è solido tanto più si ha un'offerta formativa ricca e completa e quanto più il modello regionale è debole tanto più l'offerta formativa è meno efficace.

Un secondo punto emerso è che i direttori generali lamentano che i corsi frequentati rimangono su un livello troppo teorico e questo talvolta non permette di poter utilizzare i contenuti, anche se molto interessanti e affrontati da docenti con un buon livello di competenza.

Un terzo punto emerso è che i fabbisogni formativi dei Direttori Generali possono essere distinti su tre livelli:

- le condizioni *sine qua non*, ovvero i contenuti professionalizzanti, pensando ai direttori di nuova nomina, a quelli che vogliono fare il corso ma non esercitano ancora il ruolo e alle differenze regionali, costituiscono un pacchetto di conoscenze di base da cui nessun direttore può prescindere; è necessaria un'offerta formativa omogenea su tutto il territorio per avere delle condizioni di equità su tutto il territorio italiano;
- le *soft skills*, ovvero le competenze di tipo relazionale;
- le competenze di pertinenza regionale: ogni regione ha un suo sistema sanitario e degli obiettivi specifici da perseguire. Per rendere il percorso formativo più coerente con il contesto regionale di riferimento e calarlo da un piano teorico ad un piano pratico è fondamentale che il corso affronti i contenuti rapportandosi con il livello regionale di riferimento, perché le problematiche possono essere diverse e gli obiettivi dei direttori possono essere diversi.

In questa ottica il percorso formativo per i DG può diventare una vera e propria leva di gestione del Sistema Sanitario Regionale, mediante la quale ogni regione può creare una cultura manageriale condivisa, creare spirito di squadra, allineare i percorsi di miglioramento da attivare nelle aziende sanitarie in linea con la programmazione strategica regionale.

Le prime due tipologie di bisogno formativo possono essere soddisfatte anche mediante soggetti formativi non regionali, che possano però garantire adeguata qualità ed esperienza specifica.

La terza tipologia di fabbisogno rimane invece di competenza regionale: le regioni possono scegliere di avvalersi di un soggetto terzo, non regionale, se comunque que-

st'ultimo è in grado di garantire un lavoro di personalizzazione nella progettazione del percorso formativo specifico, tale da permettere l'erogazione di un'attività formativa su misura, ossia in linea con i punti di forza ed i punti di debolezza della singola regione.

Questa soluzione potrebbe facilitare le regioni piccole o comunque meno strutturate, garantendo loro che, almeno sulle due prime tipologie di bisogno formativo, competenze professionalizzanti e *softs kills*, possano avvalersi di strutture di elevata qualità e professionalità.

APPENDICE A

QUESTIONARIO PROPOSTO ALLE DIREZIONI GENERALI PER LA RICERCA

I. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

Le chiediamo, per cominciare, alcuni dati relativi all'Azienda Sanitaria di cui Lei è direttore, così da inquadrare meglio il livello di complessità del suo contesto organizzativo.

I.1 Regione di appartenenza (selezionare una sola opzione):

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia-Romagna
- Friuli-Venezia Giulia
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trentino-Alto Adige
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

I.2 Istituzione di appartenenza (selezionare una sola opzione):

- ASL
- AO
- AOU
- IRCCS

I.3 Totale dei ricavi 2008: si consideri il valore della produzione in euro (selezionare una sola opzione):

- < 100 milioni
- 100 – 300 milioni
- 300 – 500 milioni
- 500 – 700 milioni
- 700 milioni – 1.000 milioni
- > 1.000 milioni

1.4 Presenza di Presidi Ospedalieri direttamente gestiti: SI NO**1.5 Se sì, numero complessivo di posti letto (DH e ricovero ordinario, acuzie e post-acuzie):****1.6 Numero complessivo di dipendenti strutturati nel ruolo al 31/12/2008:**

n. sanitari: ...

n. amministrativi: ...

n. tecnici: ...

n. professionali: ...

1.7 Numero complessivo di dipendenti con incarico da Art. 15 septies (Dlgs. 502/92) al 31/12/2008**2. IL SUO PERCORSO DI CARRIERA**

Per comprendere meglio le specificità dei suoi fabbisogni formativi, siamo interessati a conoscere il suo percorso di formazione e di carriera.

2.1 La Formazione:

Selezionare i titoli di studio conseguiti e l'area di riferimento

 Laurea nell'area: UMANISTICA GIURIDICA ECONOMICA SCIENTIFICA TECNICA SANITARIA:

Medicina

Altre lauree sanitarie

 Dottorato di Ricerca nell'area: UMANISTICA GIURIDICA ECONOMICA SCIENTIFICA TECNICA SANITARIA Specializzazione nell'area: UMANISTICA GIURIDICA ECONOMICA SCIENTIFICA TECNICA SANITARIA Master < 1200 ore e' 1200 ore nell'area: UMANISTICA GIURIDICA ECONOMICA SCIENTIFICA TECNICA SANITARIA MANAGERIALE**2.2 Ha svolto periodi di studio/formazione all'estero** SI NO**2.3 Dove?.....**

2.4 Per quale livello formativo?

- Laurea nell'area:
- UMANISTICA GIURIDICA ECONOMICA
 SCIENTIFICA TECNICA SANITARIA
- Dottorato di Ricerca nell'area:
- UMANISTICA GIURIDICA ECONOMICA
 SCIENTIFICA TECNICA SANITARIA
- Specializzazione nell'area:
- UMANISTICA GIURIDICA ECONOMICA
 SCIENTIFICA TECNICA SANITARIA
- Master nell'area:
- UMANISTICA GIURIDICA ECONOMICA
 SCIENTIFICA TECNICA SANITARIA MANAGERIALE

2.5 Per quanto tempo?**2.6 Esperienza professionale precedente a quella attuale:**

- PUBBLICO PRIVATO
nell'area:
- AMMINISTRATIVO-GESTIONALE
 GESTIONE RISORSE UMANE
 PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
 FINANZIARIA
 COMMERCIALE/MARKETING
 TECNICO/TECNOLOGICO
 SANITARIA: Clinica - Gestionale

2.7 Se in precedenza ha lavorato nella Sanità, ha ricoperto incarichi dirigenziali in Regioni diverse da quella attuale?

- SI NO

2.8 In caso affermativo, in quale/i Regione/i?**2.9 Quali incarichi dirigenziali ha ricoperto?**

- Direttore Generale
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttore del Sociale
Dirigente di Struttura Complessa
Altro tipo di incarico dirigenziale

2.10 Anni complessivi nel ruolo di Direttore Generale (selezionare una sola opzione):

- < di 1 anno

- 1 – 3 anni
- 3 – 5 anni
- 5 – 7 anni
- 7 – 10 anni
- > di 10 anni

2.11 Anni nel ruolo di Direttore Generale presso l'Azienda che dirige attualmente: ...

3. LA FORMAZIONE MANAGERIALE

Le proponiamo alcune domande relative alla sua partecipazione al corso di Formazione Manageriale il cui certificato è richiesto ai sensi dell' art. 3 bis del D.lgs 229/1999

3.1 Ha già svolto il corso di formazione manageriale ai sensi del art. 3 bis del D.lgs 229/1999?

- SI NO (SE NO VAI DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE 4)

3.2 Se sì, compili la tabella che segue, indicando la/le Regione/i presso la quale ha frequentato il corso, l'Anno di frequentazione, per quale ruolo e presso quale istituzione formativa:

Regione	Anno del corso	Ente Erogatore	Ruolo
<input type="checkbox"/> Abruzzo	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Basilicata	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Calabria	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Campania	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Emilia-Romagna	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Friuli-Venezia Giulia	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Lazio	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS

<input type="checkbox"/> Liguria	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Lombardia	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Marche	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Molise	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Piemonte	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Puglia	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Sardegna	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Sicilia	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Toscana	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Trentino-Alto Adige	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Umbria	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Valle d'Aosta	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS
<input type="checkbox"/> Veneto	...	<input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Agenzia formativa privata	<input type="checkbox"/> DG <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> DSS

3.3 Nel caso in cui lei abbia partecipato negli anni a più corsi ai sensi dell'art. 3 bis del D.lgs 229/1999, le chiediamo di rispondere alle domande seguenti facendo riferimento al corso da lei ritenuto più significativo (specificare quale).

Il corso frequentato nella Regione:

3.4 I contenuti del corso

Quali argomenti sono stati oggetto di trattazione nell'ambito del corso di formazione manageriale a cui lei ha partecipato?

I contenuti trattati	
normativa sul sistema sanitario italiano	
strategie e assetti dei sistemi sanitari pubblici	
i sistemi sanitari internazionali	
federalismo fiscale e federalismo sanitario	
La gestione dei percorsi ospedale - territorio e la continuità assistenziale	
La riorganizzazione dell'offerta: dipartimentalizzazione e Ospedale per Intensità di Cura	
la <i>clinical governance</i>	
I sistemi informativi (sistemi di supporto alle decisioni)	
I sistemi di valutazione delle performance aziendali	
i sistemi di qualità e di accreditamento	
la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	
L'epidemiologia per l'analisi dei bisogni sanitari	
La leadership ed i processi di delega	
Il ruolo della dirigenza	
Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse	
Strumenti e metodi per la formazione, lo sviluppo e la motivazione del personale	
Strumenti e processi di negoziazione	
La gestione della comunicazione interna ed esterna	
Il <i>problem solving</i> e la gestione del gruppo di lavoro	
Il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali	
la dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie	
il sistema di controllo di gestione	
la gestione del sistema di budget	
le tecniche di pianificazione ed analisi degli investimenti	
La contabilità analitica	
Altro	

3.5 La metodologia didattica e la valutazione dell'apprendimento:

Quali sono state le tipologie di didattica proposte nell'ambito del corso di formazione manageriale da lei svolto? Assegna un punteggio in percentuale (%) alle metodologie da lei riscontrate in modo tale che il totale sia pari al 100%.

Metodologia didattica	
1) Lezione frontale	
2) Presenza di un facilitatore	
3) Analisi e discussione di casi di studio	
4) Elaborazione di un project work	
5) Lavoro di gruppo in aula	

6)	Lavoro di gruppo a termine lezione	
7)	Lavoro individuale in aula	
8)	Lavoro individuale a termine lezione	
9)	Giochi di ruolo	
10)	Esercitazioni esperienziali in outdoor	
11)	Formazione a Distanza (FAD)	
Totale		

Valutazione dell'apprendimento		
1)	Test di autovalutazione	
2)	Valutazione di gruppo	
3)	Test di verifica individuale	
4)	Valutazione individuale dell'apprendimento a fine corso (giudizio)	
5)	Nessuna valutazione dell'apprendimento	
6)	Project Work	
Totale		

3.6 Il corso ha previsto la visita di strutture/istituzioni sanitarie?

- SI NO

3.7 Se sì, dove?

- in Italia
 all'estero
 entrambe le opzioni

3.8 Al termine dei moduli e/o del corso stesso era previsto un Sistema di Valutazione del gradimento rispetto ai contenuti ed alle metodologie didattiche proposte?

- SI NO

3.9 Il percorso formativo era comune a DG, DA, DS, DSS, oppure era specifico per il solo ruolo di Direttore Generale?

- Percorso comune
 Percorso specifico
 Percorso in parte comune ed in parte specifico

3.10 Come valuta il Corso da lei svolto in relazione a:

Assegni una valutazione da 1 a 5 a ciascuna delle seguenti voci, dove 1 corrisponde alla valutazione peggiore e 5 alla valutazione migliore.

	Gravemente insufficiente				Ottimo
Il livello della docenza	1	2	3	4	5
Il livello di integrazione fra gli argomenti trattati	1	2	3	4	5
La durata complessiva del Corso in relazione ai contenuti/argomenti trattati	1	2	3	4	5
L'adeguatezza del materiale didattico fornito	1	2	3	4	5
Le metodologie didattiche utilizzate	1	2	3	4	5
L'equilibrio tra teoria e pratica	1	2	3	4	5

Coerenza con gli obiettivi programmati all'inizio del corso	1	2	3	4	5
Utilità dei contenuti trattati per l'esercizio del suo ruolo	1	2	3	4	5
I rapporti con lo Staff del corso	1	2	3	4	5
L'adeguatezza delle strutture e dei servizi di supporto alla didattica (aule, tecnologie, ristorazione ecc..)	1	2	3	4	5
Valutazione complessiva del Corso	1	2	3	4	5

4 CRITICITÀ E AREE DI SVILUPPO/MIGLIORAMENTO DEL PROPRIO CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il confronto quotidiano con un contesto organizzativo complesso ed un ruolo in continua evoluzione fanno emergere le aree di sviluppo e miglioramento più significative e determinanti.

Per ciascuna voce, risponda indicando se si tratta di un punto di forza o di debolezza della sua istituzione sanitaria.

Inoltre, laddove lo ritenga necessario, selezioni spuntandole le voci che reputa utile approfondire nel corso.

PUNTI DI DEBOLEZZA – PUNTI DI FORZA

	<i>Estremo punto di debolezza</i>	<i>Punto di debolezza</i>	<i>neutro</i>	<i>Punto di forza</i>	<i>Estremo punto di forza</i>	<i>Da approfondire nel corso</i>
Professionalità, competenza dei dirigenti	1	2	3	4	5	
Professionalità, competenza del personale medico	1	2	3	4	5	
Professionalità, competenza del restante personale sanitario	1	2	3	4	5	
Chiarezza dei ruoli organizzativi	1	2	3	4	5	
Capacità di implementare le linee guida regionali	1	2	3	4	5	
Sistema di pianificazione e programmazione	1	2	3	4	5	
Sistema di budget	1	2	3	4	5	
Sistema di contabilità	1	2	3	4	5	
Presidio delle condizioni di equilibrio economico/finanziario	1	2	3	4	5	
Rapporto con gli enti locali	1	2	3	4	5	
Gestione delle risorse tecnologiche	1	2	3	4	5	
Sistemi informativi	1	2	3	4	5	
Apertura al cambiamento/innovazione	1	2	3	4	5	
Collegamenti con il sistema universitario/ricerca	1	2	3	4	5	
Sistema di valutazione delle performance e degli output	1	2	3	4	5	
Clinical risk management e sicurezza del paziente	1	2	3	4	5	
Percorsi clinici integrati (InPatient/OutPatient)	1	2	3	4	5	
Relazione medico/paziente	1	2	3	4	5	
Comunicazione interna	1	2	3	4	5	
Comunicazione esterna	1	2	3	4	5	
Gestione acquisti	1	2	3	4	5	

Technology assessment	1	2	3	4	5
Logistica integrata	1	2	3	4	5
Gestione delle risorse umane	1	2	3	4	5
Valutazione delle competenze	1	2	3	4	5
Le relazioni sindacali	1	2	3	4	5

5. CRITICITÀ E AREE DI SVILUPPO/MIGLIORAMENTO DEL LAVORO DI DIRETTORE GENERALE

Il confronto quotidiano con un contesto organizzativo complesso ed un ruolo in continua evoluzione fanno emergere le aree di sviluppo e miglioramento più significative e determinanti.

5.1 Nella sua giornata lavorativa “tipo”, quanto tempo (in%) è dedicato a (scegliere solo le opzioni di interesse):

	% tempo
RIUNIONI A LIVELLO REGIONALE	
RIUNIONI CON GLI ALTRI DIRETTORI GENERALI	
RIUNIONI CON I PROPRI COLLABORATORI DIRETTI (Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore del Sociale)	
RIUNIONI CON LO STAFF AZIENDALE	
RIUNIONI CON I PROPRI DIPENDENTI	
GESTIONE DELLE RELAZIONI CON I RAPPRESENTANTI DELLE COMUNITÀ LOCALI	
ATTIVITÀ DI POLICY MAKING REGIONALE	
LAVORO IN UFFICIO (back-office, studio di documenti, stesura relazioni...)	
GESTIONE DELLA POSTA	
TELEFONO	
ALTRE ATTIVITÀ	
TOTALE	100%

5.2 Quali sono le best practices, le esperienze professionali/azioni/progetti più significative da lei svolte negli ultimi 3 anni e perché le considera tali?

Esperienze professionali più significative nel ruolo	Perché
1)	
2)	
3)	
4)	

5.3 Quali sono, a suo avviso, le competenze che caratterizzano il suo ruolo?

Competenze del Direttore Generale (scelta multipla)
<input type="checkbox"/> governare l'organizzazione e gestire i processi (competenze organizzative)
<input type="checkbox"/> controllare che vengano raggiunti gli obiettivi aziendali
<input type="checkbox"/> presidiare il controllo di gestione
<input type="checkbox"/> saper controllare il bilancio e delineare una strategia aziendale
<input type="checkbox"/> saper impiegare bene le risorse a disposizione (efficacia ed efficienza)
<input type="checkbox"/> attuare procedure amministrative

- saper gestire le risorse umane
- valutare le performance dei propri collaboratori
- periodicamente fornire ai propri collaboratori un riscontro sulla qualità del lavoro e sui risultati raggiunti
- comunicare efficacemente con i propri collaboratori
- creare spirito di gruppo
- delegare
- motivare i propri collaboratori
- governare i percorsi assistenziali
- leggere le dinamiche politico-istituzionali e interpretarle correttamente (sensibilità politica)
- saper gestire lo stress derivante dal tipo di lavoro
- mantenere il proprio equilibrio nelle situazioni conflittuali, tenendo sempre presente l'obiettivo da raggiungere
- gestire i conflitti
- cercare e utilizzare i margini di trattativa nelle situazioni negoziali
- saper pianificare e programmare le attività da svolgere tenuto conto delle risorse disponibili
- analizzare e scomporre i problemi sino al livello richiesto al fine di individuare una soluzione realizzabile ed ottimale (*problem solving*)
- prendere decisioni ferme, gestendo adeguatamente i tempi del processo decisionale
- essere orientati ai risultatiq avere pensiero prospettico (capacità di formulare ipotesi e scenari alternativi al fine di centrare la previsione dell'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti)
- avere pensiero sistemico (capacità di prendere decisioni alla luce della complessità degli elementi in causa, sia in termini di cause che in termini di effetti)

5.4 Pensando alle competenze che ritiene cruciali per lo svolgimento del suo ruolo, cosa ritiene di saper fare meglio?

Cosa ritiene di saper fare meglio (scelta multipla)

- governare l'organizzazione e gestire i processi (competenze organizzative)
- controllare che vengano raggiunti gli obiettivi aziendali
- presidiare il controllo di gestioneq saper controllare il bilancio
- delineare una strategia aziendale
- saper impiegare bene le risorse a disposizione (efficacia ed efficienza)
- attuare procedure amministrative
- saper gestire le risorse umane
- valutare le performance dei propri collaboratori
- periodicamente fornire ai propri collaboratori un riscontro sulla qualità del lavoro e sui risultati raggiunti
- comunicare efficacemente con i propri collaboratori
- creare spirito di gruppo
- delegare
- motivare i propri collaboratori
- governare i percorsi assistenziali
- leggere le dinamiche politico-istituzionali e interpretarle correttamente (sensibilità politica)
- saper gestire lo stress derivante dal tipo di lavoro
- mantenere il proprio equilibrio nelle situazioni conflittuali, tenendo sempre presente l'obiettivo da raggiungere
- gestire i conflitti
- cercare e utilizzare i margini di trattativa nelle situazioni negoziali
- saper pianificare e programmare le attività da svolgere tenuto conto delle risorse disponibili
- analizzare e scomporre i problemi sino al livello richiesto al fine di individuare una soluzione realizzabile ed ottimale (*problem solving*)
- prendere decisioni ferme, gestendo adeguatamente i tempi del processo decisionale
- essere orientati ai risultatiq avere pensiero prospettico (capacità di formulare ipotesi e scenari alternativi al fine di centrare la previsione dell'andamento dei fenomeni nei quali si è coinvolti)
- avere pensiero sistemico (capacità di prendere decisioni alla luce della complessità degli elementi in causa, sia in termini di cause che in termini di effetti)

6. LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE

6.1 Alla luce della Sua esperienza, cosa si aspetta da un Corso per Direttori Generali e cosa spera invece di non trovare rispetto a:

	MI ASPETTO DI TROVARE	Non saprei	SPERO DI NON TROVARE
Metodologia didattica			
1) Lezione frontale			
2) Presenza di un facilitatore			
3) Analisi e discussione di casi di studio			
4) Elaborazione di un project work			
5) Lavoro di gruppo in aula			
6) Lavoro di gruppo a termine lezione			
7) Lavoro individuale in aula			
8) Lavoro individuale a termine lezione			
9) Giochi di ruolo			
10) Esercitazioni esperienziali in outdoor			
11) Formazione a Distanza (FAD)			
12)			
Contenuti affrontati			
1) normativa sul sistema sanitario italiano			
2) strategie e assetti dei sistemi sanitari pubblici			
3) i sistemi sanitari internazionali			
4) federalismo fiscale e federalismo sanitario			
5) La gestione dei percorsi ospedale - territorio e la continuità assistenziale			
6) La riorganizzazione dell'offerta: dipartimentalizzazione e Ospedale per Intensità di Cura			
7) la <i>clinical governance</i>			
8) I sistemi informativi (sistemi di supporto alle decisioni)			
9) I sistemi di valutazione delle performance aziendali			
10) i sistemi di qualità e di accreditamento			
11) la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente			
12) L'epidemiologia per l'analisi dei bisogni sanitari			
13) La leadership ed i processi di delega			
14) Il ruolo della dirigenza			
15) Strategie di innovazione e cambiamento nelle organizzazioni complesse			
16) Strumenti e metodi per la formazione, lo sviluppo e la motivazione del personale			
17) Strumenti e processi di negoziazione			
18) La gestione della comunicazione interna ed esterna			
19) Il <i>problem solving</i> e la gestione del gruppo di lavoro			
20) Il contratto collettivo nazionale e le relazioni sindacali			
21) la dinamica economico-finanziaria delle aziende sanitarie			
22) il sistema di controllo di gestione			
23) la gestione del sistema di budget			
24) le tecniche di pianificazione ed analisi degli investimenti			

25) La contabilità analitica			
26) Altro			
Valutazione dell'apprendimento			
1) Test di autovalutazione			
2) Valutazione di gruppo			
3) Test di verifica individuale			
4) Valutazione individuale dell'apprendimento a fine corso (giudizio)			
5) Nessuna valutazione dell'apprendimento			
6) Project Work			

6.2 Ritieni sia più utile un corso comune a DG, DA, DS, DSS, oppure un percorso con lezioni specifiche per il solo ruolo di Direttore Generale?

- Percorso comune
 Percorso specifico
 Percorso in parte comune ed in parte specifico

Dati anagrafici essenziali:

Sesso: *Maschile* *Femminile*

Età: _____

APPENDICE B

BEST PRACTICES ED ESPERIENZE PIÙ SIGNIFICATIVE DEGLI ULTIMI 3 ANNI

Fonte: Questionario proposto alle Direzioni Generali per la ricerca

TABELLA 4.41

Istituzione di appartenenza	Esperienze professionali più significative nel ruolo	motivazioni
-----------------------------	--	-------------

Abruzzo

I	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. piano della comunicazione esterna II. reclutamento 20 dirigenti apicali III. sistema di controllo di gestione basato sull'appropriatezza e il governo clinico 	<ul style="list-style-type: none"> I. un'azienda che non comunica non esiste II. con una classe dirigente rinnovata è possibile avviare il cambiamento e l'aziendalizzazione III. ha significato aumentare la motivazione dei professionisti, di conseguenza la produttività, di conseguenza raggiungere l'equilibrio economico
2	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. predisposizione di atto aziendale II. definizione dotazione organica III. investimenti strutturali ed in attrezzature IV. riorganizzazione e razionalizzazione processi di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> I. atto di programmazione ed organizzazione fondamentale II. definizione struttura organizzativa e rapporto con oo.ss. III. per acquisire accreditamento istituzionale e per ammodernare le attrezzature obsolete IV. per la semplificazione dei processi e per garantire un miglioramento continuo della qualità

Basilicata

I	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. istituzione della "delivery unit" in staff alla direzione strategica 	<ul style="list-style-type: none"> I. nuovo approccio alla gestione delle problematiche emergenti in arco temporale ridotto (smart)
---	-----	---	--

Campania

I	AO	<ul style="list-style-type: none"> I. attivazione procedure per utilizzo fondi a destinazione vincolata (alpi, art. 20 legge 67/88) II. implementazione percorsi diagnostico-terapeutici (breast unit) III. implementazione sistema pacs/ris, graduale ammodernamento apparecchiature in dotazione 	<ul style="list-style-type: none"> I. azione fondamentale per una a.o. di una Regione sottoposta a piano di rientro dal deficit. II. interessante esperienza di integrazione interprofessionale, gradita alle utenti. III. dematerializzazione documentazione sanitaria associata a iniziali valutazioni basate su tecniche hta.
---	----	---	---

Emilia-Romagna

1	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Sperimentazione (HUB Regionale) della gestione informatica (ASL + COMUNI) del Fondo Regionale NON AUTOSUFFICIENZA II. Sperimentazione (HUB Regionale) di modalità progettuali, di monitoraggio, di re-ingegnerizzazione di processi integrati socio sanitari III. Elaborazione e applicazione di soluzioni organizzativo/gestionali di contenimento dei costi di produzione per un risparmio, in tre anni, di circa 45 ml. di € IV. Avvio di un grande progetto (HUB Regionale) di sviluppo della attività motoria "somministrata" ai pazienti diabetici, ipertesi e anziani fragili (per alcune migliaia di persone) come alternativa ai farmaci o come fattore di blocco dei processi di non autonomia 	
2	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Costruire Piani strategici delle aziende II. La scelta dei collaboratori/capi dipartimento/primari III. Rappresentare l'ansia di cambiamento dei dipendenti / superare le resistenze al cambiamento IV. Sapersi rapportare correttamente con la "buona politica" 	<ul style="list-style-type: none"> I. Quello che + manca nelle aziende; la parte più intrigante del lavoro di DG II. La scelta giusta fa la differenza III. Le Aziende sanitarie devono governare l'innovazione IV. Saper difendere l'autonomia della scelta manageriale ma essere snodo di relazioni complesse
3	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. costruzione del piano attuativo locale; II. ridefinizione dell'atto aziendale; III. definizione del bilancio di missione. 	<ul style="list-style-type: none"> I. contributo tecnico gestionale attraverso il coinvolgimento dei dirigenti e professionisti dell'azienda alla governance del sistema provinciale sociale e sanitario; II. momento di rilettura partecipata della missione e della struttura organizzativa dell'azienda; III. rilevante valenza di rendicontazione pubblica, trasparente e contestabile ai committenti istituzionali in primis la conferenza territoriale sociale e sanitaria e i comitati di distretto.
4	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Costruzione di un sistema aziendale con valori ed obiettivi espliciti, chiarezza dei ruoli di responsabilità e delle regole di sistema, presidio delle azioni programmate e rendicontazione esterna dei risultati 	<ul style="list-style-type: none"> I. sono gli elementi chiave del funzionamento del sistema "Azienda Sanitaria", orientato ai risultati di salute della collettività, alla soddisfazione degli operatori ed all'utilizzo efficiente delle risorse
5	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. progetti di area vasta II. riassetto aziendale: Collegio di Direzione III. avvio Laboratorio Unico di AVR IV. raggiungimento obiettivo economico aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> I. prospettiva strategica innovativa II. sfida di governo clinico III. progetto interaziendale forte integrazione IV. ha detto alta credibilità dell'Azienda.

6	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. riorganizzazione aziendale II. realizzazione progetto area vasta Romagna III. liste di attesa 	<ul style="list-style-type: none"> I. Ottica di efficacia ed efficienza gestionale tenendo conto dell'equilibrio finanziario, aumentando l'indice di attrazione della popolazione II. Realizzazione di azioni inclusive nell'ottica di gestione di equilibrio tra prossimità e concentrazione (rete oncologica Romagna, rete emergenza-118, rete laboratoristica, rete traumi...)
7	IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> I. Attivazione di un sistema avanzato di programmi e controllo II. Attivazione di significativo intervento edilizio di ristrutturazione dell'Ospedale, che era in fase di elaborazione da 10 anni III. Raggiungimento equilibrio di bilancio pur in presenza di significativi investimenti strutturali con miglioramento dei risultati di ricerca transazionale IV. Attivazione di day surgery ortopedico (da 0-2800 interventi/anno) 	<ul style="list-style-type: none"> I. Non era presente (IRCCS), oggi è considerato uno dei più moderni in Regione Emilia-Romagna II. Complicato sistema di trasferimento di reparti e sale operatorie per consentire la partenza del cantiere. Ricorsi giudiziari delle ditte sulla gara di affidamento lavori III. Faticoso lavoro di contenimento dei costi a parità di produzione e di fundraising per la ricerca. IV. Resistenze e difficoltà alla sua attivazione

Friuli-Venezia Giulia

1	IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> I. stesura atto aziendale II. riordino area amministrativa III. avvio accreditamento internazionale 	
2	AO	<ul style="list-style-type: none"> I. Degenze per livelli assistenziali II. progetti di area vasta III. Piano aziendale rischio clinico IV. Accreditamento Eccellenza Joint Commission International 	<ul style="list-style-type: none"> I. Migliore assistenza, responsabilità, qualificazione professionale II. visione complessiva dei bisogni di una comunità provinciale III. Sicurezza e qualità IV. coinvolgimento, qualità, metodo

Lazio

1	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. risanamento bilancio II. apertura 2 nuovi ospedali III. riduzione personale IV. riduzione strutture 	<ul style="list-style-type: none"> I. evidente II. intuitivo III. rientro nel budget IV. rientro nel budget
2	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Revisione contabile di tutte le procedure contabili amministrative II. Riorganizzazione del presidio ospedaliero Sandro Pertini secondo il modello per intensità di cure e assistenziale III. Lavoro sull'adozione del Piano Strategico Aziendale IV. Lavoro sulla gestione della prevenzione e sicurezza sul lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> I. Posto in atto a seguito di una serie di truffe perpetrate ai danni dell'azienda. Allo stato il sistema ha permesso di conseguire una notevole riduzione del deficit aziendale. II. Recupero efficienza e contenimento dei costi III. Per garantire un sistema accessibile nel rispetto di uguali e pari opportunità ai cittadini-utenti IV. Attraverso l'implementazione delle attività di prevenzione, sicurezza, formazione e campagna di informazione, si è avuta una diminuzione degli infortuni e malattie professionali

3	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Riorganizzazione per livelli assistenziali II. Promozione qualità aziendale III. Gestione del rischio clinico 	<ul style="list-style-type: none"> I. Ottimizzazione Risorse Umane II. Prevenire e ridurre i rischi III. Responsabilizzazione dei professionisti
4	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Riorganizzazioni Aziendali II. Re-ingegnerizzazione sviluppo risorse umane III. Recupero disavanzo ed efficienza gestionale 	<ul style="list-style-type: none"> I. Si può verificare la capacità e competenza di pianificazione e progettazione organizzative II. Per assicurare il cambiamento bisogna lavorare sul capitale umano ed il suo sviluppo formativo/professionale III. Il recupero economico non si può fare razionando, ma intervenendo sui processi e riducendo gli sprechi (gestione gare, regole, centralizzazione acquisti, politica farmaci, accordi di area con altre ASL, etc)
5	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. redazione piano strategico triennale II. processo di budget/valutazione controllo strategico III. pco (percorsi clinico organizzativi) n. 32 IV. costruzione di reti con stakeholder 	<ul style="list-style-type: none"> I. non era assolutamente presente una analisi completa dell'azienda e del territorio con progettualità prospettica II. non era presente cultura del lavoro degli obiettivi e il budget si negoziava a fine anno III. si è introdotto il concetto di lavorare insieme su ebm (evidence based medicine) in maniera interdisciplinare
6	IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> I. aver dato una prospettiva futura all'Istituto II. aver aperto nuovi servizi III. aver migliorato l'appropriatezza delle prestazioni 	
7	AO	<ul style="list-style-type: none"> I. realizzazione del processo di budgeting II. realizzazione del bilancio sociale 	<ul style="list-style-type: none"> I. mi permette di avere una visione completa dell'attività aziendale II. per affrontare i temi etici fondamentali in sanità
8	AOU	<ul style="list-style-type: none"> I. Consigliere Esperto del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) nominato dal Presidente della Repubblica (Presidente Ciampi) dal 2005 II. Componente del Consiglio Superiore di Sanità (CSS) dal 2006 III. Componente della Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria (CNRS) Ministero della Salute Dipartimento dell'Innovazione Direzione Generale della Ricerca Scientifica e Tecnologica dal 2007 	

Lombardia

1	AO	<ul style="list-style-type: none"> I. orientamento di un presidio ospedaliero 	<ul style="list-style-type: none"> I. il lavoro necessario ha assorbito tutte le competenze manageriali a 360 gradi
2	AO	<ul style="list-style-type: none"> I. riorganizzazione interna dipartimentale a tipo gestionale 	<ul style="list-style-type: none"> I. per iniziare un cammino culturale basato sull'autonomia e la responsabilità

3	AO	<ul style="list-style-type: none"> I. Costruzione Nuovo Ospedale II. Organizzazione Nuovo Ospedale III. Riorganizzazione Pronto Soccorso Pediatrico 	<ul style="list-style-type: none"> I. Esperienza Unica II. Esperienza Unica III. Consente misurazione del risultato
4	ALS	<ul style="list-style-type: none"> I. Piano Organizzativo Aziendale II. Semplificazione III. Comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> I. Relazione tra struttura e mission II. Efficace relazione con i propri stakeholders III.
5	ALS	<ul style="list-style-type: none"> I. esternalizzazione cure domiciliari II. negoziazione con erogatori sanitari con obiettivi agganciati al budget III. distrettualizzazione (interventi organizzativi e strutturali) 	<ul style="list-style-type: none"> I. > possibilità per programmare e controllare II. > possibilità di controllo appropriatezza III. > lavoro x processi anziché x funzioni

Marche

1	AOU	<ul style="list-style-type: none"> I. individuazione della strategia aziendale II. rafforzamento collegio di direzione III. costituzione della consulta delle associazioni di tutela 	<ul style="list-style-type: none"> I. ha dato una prospettiva al lavoro II. ha migliorato la governance III. coinvolgimento propositivo delle istanze delle associazioni di tutela
2	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Istituzione sistema unico di contabilità e Gestione del budget 2007 	<ul style="list-style-type: none"> I. costituisce la spina dorsale della azienda unica Regionale. Per la prima volta equilibrio e unificazione del programma di gestione (36 direttive)

Piemonte

1	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. accorpamento 3 ASL in unica ASL provinciale II. riorganizzazione della rete dei servizi III. riorganizzazione amministrativa IV. valorizzazione dei distretti 	<ul style="list-style-type: none"> I. la realizzazione concreta di un progetto che presenta grandi difficoltà sia manageriali che "politiche" II. superamento dell'autoreferenzialità e gestione azienda unica III. scommettere sulla capacità dei dirigenti di rileggere e cambiare il proprio ruolo IV. creare una rete distrettuale reale in adesione alle indicazioni strategiche Regionali
2	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. carta etica II. bilancio sociale III. atto aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> I. coinvolgimento di più soggetti istituzionali
3	AO	<ul style="list-style-type: none"> I. Revisione Atto Aziendale II. Riorganizzazione del Collegio di Direzione III. Assunzione di sei nuovi primari IV. Contenimento dei costi nel corso del 2008 	<ul style="list-style-type: none"> I. Rivista l'organizzazione aziendale con criteri partecipativi e con trasparenza. II. Trasformazione dei compiti del Collegio e del comportamento organizzativo (più responsabilità) dei suoi membri. III. Qualità delle scelte ed autonomia delle modalità di selezione. IV. Riduzione dell'incremento a livello minimale senza tagli od interventi drastici.
4	AOU	<ul style="list-style-type: none"> I. Istituzione dipartimenti II. Integrazione ospedale università III. Istituzione delle unità IV. Attivazione continuità ospedale - territorio 	<ul style="list-style-type: none"> I. Avvio della responsabilità gestionale II. Avvio formale e sostanziale azienda mista integrata III. Messa in comune di percorsi, risorse IV. Superamento della separazione

Puglia

I	IRCCS	<ul style="list-style-type: none"> I. rivisitazione dell'organizzazione dipartimentale e nuovo assetto della pianta organica II. pianificazione, programmazione ed operatività del nuovo ospedale 	<ul style="list-style-type: none"> I. tracciare la strada per un cambiamento culturale II. dare gli strumenti perché si realizzi un nuovo assetto culturale ed organizzativo
---	-------	---	--

Sardegna

I	ASL	I. rapporto con le risorse umane	I. sono il motore dell'azienda
2	ASL	<p>I. Ha rappresentato l'Italia nel 2008, selezionata dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio, alla 5^a Conferenza Europea di Parigi sulla qualità dei servizi Pubblici, in collaborazione con l'Associazione nazionale Cittadinanza Attiva - Tribunale per i diritti del Malato, che ha indicato l'ASL di Nuoro come esempio di cooperazione. Ha ottenuto negli ultimi anni da O.N.D.A. (Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna) 2 Bollini rosa per l'attenzione alle esigenze delle donne da parte delle strutture aziendali. Per il 2009 ha avuto il massimo riconoscimento di 3 Bollini rosa. PROGETTI: Un Project Financing di 66 milioni di euro (approvazioni Regionali 2007/2008) per la realizzazione del terzo polo sanitario sardo. Il primo risultato è costituito dalla Radioterapia e dalla Medicina Nucleare dell'Ospedale San Francesco di Nuoro (in fase di realizzazione); un percorso di accreditamento all'eccellenza dell'Ospedale per acuti, il San Francesco di Nuoro, con la Joint Commission International;</p>	<p>I. Contestuali all'intervento edilizio-impiantistico di ristrutturazione generale dell'intero polo sanitario sono in corso: un processo di ammodernamento globale della tecnologia sanitaria, è già operativa la chirurgia robotica dell'Ospedale San Francesco (è recente la firma di una convenzione fra l'ASL di Nuoro e l'Università di Firenze per un incarico di insegnamento nella Scuola di specializzazione in Chirurgia generale per il Primario di Chirurgia); la ridefinizione di una nuova mission, come Ospedale di Riabilitazione e postacuzie, per il secondo ospedale di Nuoro il Cesare Zonchello.</p>

Sicilia

I	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. E-Learning II. Progetto obiettivo sulle liste d'attesa per l'abbattimento in cui si è puntato dal sistema cronologico alla priorità sanitaria III. CUP Unico Provinciale con l'Azienda Ospedaliera IV. Codice Etico Aziendale, Codice Etico Fornitori, Bilancio Sociale 	<ul style="list-style-type: none"> I. Consentire di abbattere i costi ed ampliare l'offerta formativa sia numericamente che qualitativamente. È stato formato un "network" con diverse Aziende Italiane. II. Si è razionalizzata la domanda con le linee guida predisposti dai Medici per alcune patologie e con il RAO (Raggruppamento di Attesa Omogenei) vi è l'obbligo dei Medici di Medicina Generale di biffare la casella secondo le priorità: Urgente, Brevi, Differibile e Programmata. Di contro, l'Azienda ha aumentato l'offerta delle prestazioni. III. È stato chiesto come modello dalla Regionale Siciliana e validato dal MEF per l'utilizzo in tutta la Regione Sicilia. IV. Per rafforzare i concetti di legalità e trasparenza. L'azienda pubblica il bilancio già dal 2005 ed è un eccellente modello di comunicazione istituzionale
---	-----	---	---

2	ASL	<p>I. 1) Approvazione Atto Aziendale. 2) Attivazione progetto abbattimento liste d'attesa. 3) Applicazione della distribuzione diretta del "Primo ciclo terapeutico" in dimissione ospedaliera e distribuzione diretta dei farmaci per nome e per conto dell'Azienda. 4) Attivazione del progetto RIS e PACS (informatizzazione digitalica, archiviazione e teleconsulto di tutte le immagini realizzate da tutte le diagnostiche per immagini dell'Azienda. 5) Attivazione di mammografi su tutte le diagnostiche per immagini operanti nel territorio provinciale per realizzare indagini di mammografia clinica.</p> <p>II. 6) Accorpamento "Laboratori Analisi". 7) Attivazione Day Service. 8) Attivazione sportello H (Protocollo d'intesa e di collaborazione Az.USL3 Catania-Comune di Catania). 9) Lavori di ristrutturazione ed adeguamento antisismico delle strutture Ospedaliere. 10) Progetti di rimodulazione e Rifunionalizzazione di ex strutture Ospedaliere in RSA pubbliche.</p> <p>III. 11) Rimodulazione rete ospedaliera. 12) Progetto aziendale di riorganizzazione delle "Cure Domicilari". 13) Notevole mole di corsi di formazione per il personale. 14) Utilizzazione del mercato elettronico per l'acquisizione dei beni e servizi. Attivazione portale fornitori. 15) Integrazione tra i sistemi di contabilità generale e di contabilità analitica con i sistemi ausiliari (gestione ordini e magazzini, gestione del personale, gestione cespiti ecc.)</p> <p>IV. 16) Attivazione portale MMG e PLS. 17) Attivazione scelta e revoca del medico via web da parte dei Comuni. 18) Numerosi progetti per l'area della "Prevenzione".</p>	<p>I. 1) Strumento fondamentale ai fini della programmazione e gestione. 2) Ottimizzazione fruizione risorse territoriali ed ospedaliere delle prestazioni ambulatoriali. 3) Riduzione del 17% della spesa farmaceutica. 4) Razionalizzazione delle risorse ed ottimizzazione delle risposte all'utenza. 5) Omogeneizzazione della erogazione di prestazioni fondamentali su tutto il territorio aziendale.</p> <p>II. 6) Centralizzazione dei servizi. 7) Implementazione attività Ospedale-Territorio. 8) Integrazione Socio-Sanitaria. 9) Messa in sicurezza delle strutture sanitarie. 10) Ottimizzazione delle risorse.</p> <p>III. 11) Ottimizzazione dei servizi. 12) Ottimizzazione dei Servizi a domicilio degli utenti. 13) Qualificazione ed aggiornamento di tutto il personale dipendente. 14) Ottimizzazione delle risorse. 15) Ottimizzazione delle risorse.</p> <p>IV. 16) Eliminazione della burocrazia dei rapporti Azienda MMG PLS. 17) Facilitazioni per l'utenza. 18) Prevenzione della salute degli utenti.</p>
3	AO	<p>I. appalto e costruzione del nuovo ospedale di Ragusa</p>	<p>I. mi ha permesso un approfondimento su tematiche che prima conoscevo parzialmente</p>

Toscana

I	ASL	<p>I. re-engineering processi sanitari (h e t) e amministrativi</p> <p>II. comunicare per crescere programma di 60 convention con dipendenti</p> <p>III. ristrutturazione e staff (sanitario e amministrativo)</p> <p>IV. trattativa competitiva con privato accreditato</p>	<p>I. completa revisione processi aziendali è il futuro</p> <p>II. contatto diretto con tutti i dipendenti</p> <p>III. scelta modello funzionale e delle persone</p> <p>IV. schema totalmente innovativo</p>
---	-----	--	--

2	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. riorganizzazione ospedaliera su base dipartimentale II. potenziamento del sistema di programmazione e controllo ed il ruolo degli staff aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> I. favorisce l'integrazione, il presidio delle risorse e l'ottimizzazione dei percorsi II. azione fondamentale per assicurare il reale governo dell'Azienda
3	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. introduzione total quality management I. accordi con azienda ospedaliera universitaria II. individuazione priorità: malattie croniche (alzheimer, handicap) III. acquisto nuova sede aziendale per centro direzionale 	<ul style="list-style-type: none"> I. strumento formidabile di cambiamento culturale e gestionale
4	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Revisione completa dell'assetto organizzativo aziendale con redazione dello statuto e del regolamento d'organizzazione II. Revisione completa del sistema di budget in coerenza con l'assetto organizzativo delineato e attivazione degli strumenti di governo del bilancio (assegnazione budget alle macrostrutture ed identificazione delle strutture amministrative responsabili della gestione del bilancio) III. Contenimento della spesa farmaceutica con l'introduzione di opportuni meccanismi di governo a livello aziendale, di macrostruttura e singola struttura IV. sperimentazione dei contratti di servizio tra ciascuna Società della Salute ed il Presidio Ospedaliero di riferimento. 	<ul style="list-style-type: none"> I. integrazione molteplici percorsi assistenziali II. grande sollievo pazienti e familiari III. miglioramento organizzativo notevole
5	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Certificazione bilancio II. Percorso ictus III. Volume Azienda 	<ul style="list-style-type: none"> I. La costruzione dell'assetto organizzativo e di un sistema di budget coerente con lo stesso rappresentano due assi portanti del "sistema azienda". Le esperienze sono state quindi basilari per offrire alla Direzione Aziendale strumenti efficaci di governo dell'Azienda.
6	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Realizzazione nuovo ospedale II. Riorganizzazione rete territoriale III. Sviluppo di processi di comunicazione istituzionale 	<ul style="list-style-type: none"> I. per sanezza conti II. per integrazione ospedale - territorio III. per comunicazione
7	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. implementazione sistema budget II. avvio sperimentazione h per intensità cura III. progetto nuovo h IV. percorsi assistenziali diagnostici terapeutici BPCO, scompenso, diabete 	<ul style="list-style-type: none"> I. Argomento di notevole complessità di tipo tecnico, organizzativo, gestionale e relazionale

8	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Direzione azienda ospedaliera II. Comando Regione Toscana: redazione del PSR 2008-2010 III. Agenzia Nazione per i servizi sanitari Regionali: incarico per il Coordinamento scientifico del "Programma di ricerca corrente: strumenti e modelli di programmazione reti ospedaliere" IV. Incarico di coordinamento della progettazione di un Centro per la ricerca Clinica in ambito oncologico di Fase I 	<ul style="list-style-type: none"> I. Relazioni con il mondo sanitario toscano, analisi e studio percorsi e modelli organizzativi nazionali e internazionali,... II. Analisi e studio percorsi e modelli organizzativi nazionali e internazionali sulle reti ospedaliere
9	AOU	<ul style="list-style-type: none"> I. Lavoro sul clima interno II. relazione clinica/ricerca III. ridefinizione equilibri AO - Università IV. riedizione atto aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> I. perché era scarso II. obiettivo per il bilancio economico Regione III. base essenziale per lavoro AOU IV. base essenziale per lavoro AOU

Umbria

1	AO	<ul style="list-style-type: none"> I. Valorizzazione delle risorse umane II. Riconversione di piccoli ospedali o interi reparti di medicina III. Trasferimento e attivazione di due grossi ospedali IV. attenzione al restyling e al comfort della struttura sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> I. Importanza della professionalità in sanità II. Ricerare l'appropriatezza e l'efficienza III. Importanza di dare un impulso significativo all'innovazione organizzativa e tecnologica dei nuovi ospedali IV. I Servizi Sanitari centrati sulla soddisfazione del cittadino
2	ASL	<ul style="list-style-type: none"> I. Perseguimento delle azioni per il conseguimento dell'Accreditamento Istituzionale, completato con la verifica dell'audit dei Laboratori di analisi cliniche e microbiologiche, del Servizio Trasfusionale, dell'Anatomia Patologica di Foligno, del Servizio PET-TC; è stata effettuata la verifica del pre-audit di accreditamento del Servizio Farmaceutico, delle U.O. di Radiologia e di Radiologia Vascolare; sono iniziati i lavori per l'accREDITAMENTO del Dipartimento di Riabilitazione, del Dipartimento della Salute Mentale e dell'Hospice. II. Perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni con liste di attesa più lunghe incidendo sul contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali attraverso l'applicazione dei RAO. L'intervento aziendale punta da un lato sulla modulazione dell'offerta e sul potenziamento dell'utilizzo delle tecnologiche e dall'altro sulla riduzione delle richieste inappropriate, in particolare evitando inutili ripetizioni di esami ponendo quesiti diagnostici corretti. In ottemperanza all' "Accordo Decentrato Aziendale Medicina Generale 	<ul style="list-style-type: none"> I. Rappresenta lo strumento fondamentale per consentire metodologicamente e operativamente di integrare meccanismi gestionali/organizzativi e generare sinergie positive fra risorse, funzioni e processi di sistemi complessi, e che permette una armonica interazione fra le responsabilità della Direzione, il personale e le risorse materiali e le strutture che costituiscono il sistema. Alcune delle strutture hanno anche conseguito anche la Certificazione ISO 9001. Tutto ciò rappresenta un'opportunità di miglioramento continuo e di attenzione alle politiche della qualità in ambito sanitario. II. Punta a realizzare l'obiettivo di una migliore appropriatezza prescrittiva e contemporaneamente l'obiettivo di intervenire in modo significativo sulle criticità che derivano dai tempi di attesa al fine di ridurli per quelle prestazioni ambulatoriali che presentano storicamente tempi di attesa particolarmente lunghi. Perseguire l'appropriatezza consente inoltre di operare in termini di sicurezza

		<p>2007-2009" sono stati implementati i RAO per la TAC cranio e la TAC colonna e i RAO per la RMN encefalo, per la RMN della colonna e per la RMN delle articolazioni strutturando CUP di 2^o livello presso le strutture radiologiche.</p> <p>III. Definizione ed applicazione di una nuova metodologia del processo di budgeting, con attenzione alle politiche per il miglioramento della qualità assistenziale nel suo complesso.</p> <p>IV. Sottoscrizione della Convenzione con l'Università degli Studi di Perugia, volta a disciplinare la collaborazione alle attività di formazione medico-specialistica nelle Scuole attivate presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università mediante la messa a disposizione delle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda U.S.L. 3 da utilizzare anche per lo svolgimento di attività assistenziali previste nei piani di formazione dei medici specializzandi.</p>	<p>di utilizzo razionale delle risorse. L'obiettivo prevede la necessità di definire modalità di richieste appropriate ed indispensabili, in accordo con gli specialisti di branca. Lo scopo dei RAO è la realizzazione di un coinvolgimento partecipativo e progressivo degli "agenti della domanda" e degli "erogatori" per definire linee guida che orientino la prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, usando un linguaggio omogeneo basato sulle priorità cliniche. Per le prestazioni RAO implementate il rispetto dei tempi di attesa per le classi stabilite è pari al 100%.</p> <p>III. Nell'ottica del sostegno al governo clinico, si adotta un sistema di monitoraggio attraverso gli obiettivi di budget, individuando gli indicatori di processo e di esito delle prestazioni per migliorarne continuamente l'appropriatezza e l'efficacia e attivando sistemi di controllo e reporting.</p> <p>IV. Rappresenta la sinergia tra didattica, ricerca e attività assistenziale con miglioramento della performance professionale.</p>
--	--	---	--

Veneto

I	AO	<p>I. UTAP (Avvio di 2 realizzazioni)</p> <p>II. Project Financing per costruzione di ospedale</p> <p>III. Avvio di project Financing per costruzione di H</p>	<p>I. novità</p> <p>II. Conclusione</p> <p>III. Nuova</p>
2	ASL	<p>I. Liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali</p> <p>II. Riassetto del territorio in funzione del Nuovo Ospedale</p> <p>III. Progetto "Giobbe" (presa in carico del paziente oncologico)</p> <p>IV. Informatizzazione: fascicolo socio-sanitario unico; Filmless; firma digitale; integrazione con i Comuni; integrazione con i MMG; cartella clinica integrata informatizzata.</p>	<p>I. Perché ha reso evidente come un problema molto sentito dai cittadini può trovare soluzioni con interventi organizzativi semplici e replicabili.</p> <p>II. Perché ha avuto come presupposto la collaborazione con i Comuni e la Conferenza dei Servizi per assicurare un'offerta adeguata ai reali bisogni della popolazione assistita.</p> <p>III. Perché espressione del potenziamento dei rapporti tra ospedale e territorio, creando una rete a "maglie fitte" attorno al paziente.</p> <p>IV. Perché rappresenta l'evoluzione del sistema informatico nella sua forma di integrazione completa.</p>
3	ASL	<p>I. attività di networking internazionale</p>	<p>I. scambio di buone pratiche</p>
4	ASL	<p>I. Progettazione strutturale ospedaliera</p> <p>II. Progettazione organizzazione servizi ospedalieri</p> <p>III. Progettazione cure primarie</p> <p>IV. Sviluppo sistema direzionale</p>	<p>I. dip., intensità di cura, day service, reti con altri ospedali e con territorio</p> <p>II. rilevanza</p> <p>III. aspetto critico per buona gestione aziendale</p>

5. CONTESTO PER LO SVILUPPO PROFESSIONALE DEL MIDDLE MANAGEMENT SSN

5.1. BASI CULTURALI PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE MANAGERIALI IN SANITÀ

Un modo di guardare allo sviluppo delle competenze di management nel Servizio Sanitario Nazionale italiano è quello di seguire, da un lato, le proposte del “nuovo management pubblico” e il dibattito al quale ha dato origine e, dall’altro, l’evoluzione dei contributi specifici originati nello stesso sistema sanitario.

Il filone del nuovo management pubblico (Hood, 1991; Osborne e Gaebler, 1992) ha promosso il rafforzamento di logiche di mercato e di strumenti di management nelle aziende pubbliche dall’inizio degli anni novanta. Si trattava di una proposta culturale legata in qualche misura alle importanti esperienze di governo liberali che avevano caratterizzato gli anni ottanta negli Stati Uniti e nel Regno Unito, ma anche di una risposta alla crisi fiscale di tanti paesi occidentali e dei loro sistemi di benessere sociale. In particolare, Osborne e Gaebler organizzano il loro libro “Reinventing government” attorno a dieci capitoli, ciascuno dei quali dedicati a un principio da adottare:

- governare invece che gestire;
- mettere in grado le comunità di risolvere i propri problemi invece che, semplicemente, erogare servizi;
- incoraggiare la concorrenza invece che i monopoli;
- essere orientati dalle finalità istituzionali più che dalle regole;
- orientare ai risultati finanziando questi ultimi invece che i fattori produttivi;
- soddisfare i bisogni degli utenti/clienti e non della burocrazia;
- concentrarsi nell’ottenere risorse economiche invece che nello spenderle;
- investire nel prevenire i problemi invece che nel curare le crisi;
- promuovere il decentramento dell’autorità, la partecipazione e il lavoro di gruppo;
- risolvere i problemi attraverso le forze del mercato invece che attraverso nuovi programmi pubblici.

Al tempo della loro proposta, tali concetti erano spesso lontani dal modo di operare concreto di molte pubbliche amministrazioni in buona parte dei paesi occidentali. Ed alcuni di tali cambiamenti sembravano certamente lontani dalla sensibilità, dal campo d’intervento, dalla cultura professionale e organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche. Se si riguarda all’esperienza maturata dai primi anni novanta a oggi, risulta in ogni caso evidente che molte trasformazioni delle pubbliche amministrazioni hanno perseguito obiettivi molto simili a quelli proposti in quell’indice. E che anche il settore sanitario non è rimasto esente da queste trasformazioni.

Semmai in numerosi casi le applicazioni concrete di quei principi sono state fatte oggetto di critiche perché ritenute frutto di un'applicazione di logiche e strumenti sviluppati in settori e contesti organizzativi completamente diversi. È il caso in primo luogo dell'innesto in ambito sanitario pubblico di soluzioni originate nel contesto delle imprese private con fini di lucro.

Un secondo filone lungo il quale si è sviluppato il dibattito è stato originato all'interno dello stesso settore sanitario, come conseguenza della necessità di dare risposta a una crescente complessità organizzativa delle strutture sanitarie. Tale crescente complessità è a sua volta il portato di più evoluzioni. Tra queste ricordiamo il progresso scientifico in ambito clinico (nuove conoscenze, nuove tecniche, nuovi farmaci, ecc.), la professionalizzazione delle attività assistenziali (es. la laurea e i master per gli infermieri, con la conseguente necessità di una nuova divisione del lavoro assistenziale tra profili professionali), il progresso tecnologico che ha riguardato le apparecchiature sanitarie, le crescenti esigenze di sicurezza del paziente, la progressiva specializzazione dei professionisti sanitari che ha richiesto un re-integrazione lungo i processi diagnostico-clinico-assistenziali, ecc.

Si tratta dunque di un'evoluzione interna al sistema sanitario, riferibile in generale al concetto di *clinical governance* e ancorata al tema dell'*accountability*. E si tratta di un'evoluzione basata su ragioni scientifiche e tecniche più che su ragioni economiche e culturali, com'è stato invece il caso per il nuovo management pubblico.

5.2. CARATTERISTICHE SPECIFICHE DELL'ESPERIENZA ITALIANA

In Italia i cambiamenti sviluppati lungo le due dimensioni sopra citate, soprattutto con riferimento al nuovo management pubblico, erano stati in parte anticipati da un filone di analisi emerso all'interno dell'economia aziendale (Ongaro e Valotti, 2008). Questa maturazione è ben testimoniata, tra gli altri, dagli scritti del prof. Borgonovi, che fin dalla metà degli anni ottanta dedica sistematica attenzione alle amministrazioni pubbliche e al settore sanitario, applicando loro le categorie analitiche della teoria economico-aziendale italiana (Borgonovi, 1984; Borgonovi e Zangrandi, 1988; Borgonovi et al., 1988; Borgonovi, 1990; Borgonovi et al., 1990; Borgonovi, 1991).

La maturazione anche teorica prodotta in Italia e all'estero sui temi di management per il sistema sanitario è poi incanalata nel processo legislativo di cosiddetta aziendalizzazione del SSN, anticipato dai provvedimenti legislativi del 1990 che avevano posto le basi per una riforma complessiva delle pubbliche amministrazioni. L'applicazione di quelle riforme al sistema sanitario è poi avvenuta principalmente con il d.lgs. 502/1992 e le norme di settore degli anni successivi (Mattei, 2006). A queste norme di settore si era poi affiancata la riforma del pubblico impiego, introdotta con il d.lgs. 29/1993.

L'aziendalizzazione ha difatti reso esplicita la responsabilità gestionale delle singole aziende e ha aumentato i gradi di autonomia all'interno dei quali le stesse aziende erano chiamate a sviluppare le risposte più adatte al contesto epidemiologico, istituzionale e sociale presente a livello locale.

Come tutte le trasformazioni strutturali di sistemi organizzativi complessi e strettamente legati alla dimensione del consenso politico, il processo di aziendalizzazione ha vissuto fasi di accelerazione, di rallentamento, di riorientamento. Le Regioni a volte hanno assunto atteggiamenti dirigistici e di riaccentramento regionale (Cuccurullo e Meneguzzo, 2003), altre volte invece hanno lasciato maggiore autonomia all'azione aziendale. In molti casi si sono avute resistenze da parte del personale sanitario, che spesso ha vissuto l'aziendalizzazione come un attacco alla propria autonomia professionale e un tentativo di far prevalere le logiche economiche di efficienza o di costo-efficacia rispetto a quelle tradizionali della cultura clinico-assistenziale, per lo più attente alla sola dimensione dell'efficacia e scarsamente interessate alle implicazioni economiche dei comportamenti professionali (De Pietro, 2005a). Infine, non poche resistenze si sono incontrate tra gli stessi amministrativi e gli stessi responsabili delle strutture amministrative aziendali. In quest'ultimo caso le preoccupazioni sono state spesso legate a un eccesso di discrezionalità che, a loro dire, sarebbe il portato dell'aziendalizzazione, insieme al rischio di politicizzazione, lì dove tale discrezionalità fosse utilizzata impropriamente a fini politico-elettorali.

All'interno di tale dibattito si possono ricondurre anche le diverse posizioni che nel corso del tempo vari attori del sistema sanitario - compresi rappresentanti del Governo nazionale e il Parlamento - hanno assunto con riguardo al presunto eccessivo potere dei direttori generali e dei loro staff, e all'opportunità di allargare la direzione aziendale, recuperando in particolare le sensibilità e gli orientamenti dei clinici, attraverso un potenziamento del collegio di direzione o attraverso altre soluzioni relative all'assetto istituzionale e organizzativo interno (es. per il conferimento degli incarichi dirigenziali apicali).

5.2.1. Logiche professionali, burocratiche e manageriali

Come già accennato, un ruolo particolare in questa evoluzione è stato giocato dalle logiche organizzative tradizionalmente forti nel SSN: la logica professionale e quella burocratica (De Pietro, 2005a). Queste due logiche hanno implicazioni particolarmente rilevanti per il tema delle competenze manageriali.

La logica professionale ha infatti numerose caratteristiche che impattano direttamente sulle competenze individuali e sul modo di riconoscerle (De Pietro, 2003). Innanzi tutto, la logica professionale predilige per quanto possibile il rapporto diretto ed esclusivo col paziente. Un secondo elemento tipico è quello di perseguire una specializzazione spinta delle competenze tecnico-professionali e di prestare meno attenzione alle competenze relazionali o di tipo gestionale. Terzo, l'istituzione tipicamente deputata a certificare inizialmente e poi a valutare nel tempo le competenze è l'università o comunque la "scuola professionale" in senso lato, più che l'azienda sanitaria presso la quale si presta il proprio lavoro. Quarto, l'obbligazione professionale nei confronti dell'utente è tipicamente "di mezzi" e non "di risultato". Quinto, a meno che in casi specifici - ad esempio degli specialisti in igiene e medicina preventiva - i professionisti sanitari hanno come prima preoccupazione quella dell'efficacia clinico-assistenziale, delegando

ad altre figure il problema del reperimento delle risorse economiche necessarie a offrire i servizi e quindi, in generale, il problema dell'efficienza economica.

Dall'altra parte anche la logica burocratica influisce in modo rilevante sul funzionamento aziendale e sulle competenze individuali delle persone che a quella logica si sono sempre attenute, frequenti soprattutto nelle funzioni di *line* amministrativa. Nella logica burocratica classica infatti l'orientamento è alla conformità normativa più che all'efficienza o ai risultati, proprio perché il rispetto delle norme è condizione necessaria ma anche sufficiente per ottenere i risultati più razionali - ed efficienti - possibili (Bonazzi, 2007). Con riguardo alle competenze, queste sono spesso interpretate come le responsabilità giuridiche legate alla posizione di lavoro. Se invece sono interpretate come conoscenze, capacità o esperienze, allora le competenze amministrative sono spesso intese come coincidenti con la conoscenza del diritto pubblico, che la logica burocratica assume come il vero zoccolo duro per tutte le funzioni burocratiche in ambito pubblico. Infine, la ricerca dell'oggettività e dell'imparzialità dell'azione amministrativa fa sì che le sole competenze riconosciute siano quelle certificate, meglio se da un'istituzione in qualche modo regolata da poteri pubblici (università, ecc.).

Le due logiche, professionale e burocratica, hanno sviluppato attività e competenze distinte nel corso del tempo. Tale distanza ha certamente costituito un limite alla funzionalità delle aziende SSN fino a un recente passato, poiché favoriva posizioni difensive da parte di ciascuna delle due anime - sanitaria e amministrativa - delle organizzazioni e rendeva difficile la collaborazione e la sintesi (Borgonovi, 1997). A seguito dell'aziendalizzazione, i professionisti sanitari a cui sono assegnati ruoli gestionali sono stati chiamati ad acquisire competenze di management, per come commenteremo in seguito. Purtroppo l'avvicinamento in senso opposto - cioè quello degli amministrativi che acquisiscono sensibilità e competenze di tipo sanitario - non risulta altrettanto sviluppato o efficace.

5.2.2. Tradizione italiana di capo sala e medici di direzione sanitaria

In questo quadro, assume particolare importanza la tradizione specifica di capo sala e medici di direzione sanitaria di presidio ospedaliero. Si tratta di ruoli ben codificati e radicati nella storia del SSN italiano, che hanno svolto una funzione chiave nella gestione delle risorse sanitarie.

In particolare le scuole per capo sala rimangono un'esperienza importante di sviluppo di attività di coordinamento e direzione di risorse economiche in contesti sanitari e ospedalieri in particolare. Esse infatti accanto a competenze specifiche della professione - determinazione del fabbisogno di personale, programmazione dei turni, pianificazione assistenziale, ecc. - hanno tradizionalmente investito per sviluppare competenze relazionali quali la comunicazione, la negoziazione e la risoluzione dei conflitti, ecc.

Dal canto loro, anche i medici di direzione sanitaria hanno da sempre integrato le loro responsabilità specifiche relative all'igiene, alla medicina legale, ecc. (le materie cioè ancora oggi per buona parte regolate dal D.P.R. 128/1969), con altre competenze di

coordinamento, mediazione, integrazione tra i servizi, ecc. Sebbene tradizionalmente i programmi della scuola di specializzazione abbiano privilegiato gli aspetti epidemiologici e di salute pubblica e comunque non prevedessero contenuti esplicitamente volti allo sviluppo di competenze relazionali, molti contenuti manageriali del loro ruolo sono evidenti in gran parte delle esperienze aziendali concrete.

In entrambi i casi, le trasformazioni del sistema sanitario italiano hanno però richiesto una riqualificazione di quella tradizione.

Sul lato delle attività di assistenza e della professione infermieristica, le spinte a tale ripensamento sono state originate in particolare nella recente accelerazione del processo di professionalizzazione degli infermieri (l. 42/1999, l. 251/2000, ecc.), passati in modo compiuto a un regime di formazione universitaria, e dal contemporaneo processo di qualificazione del personale di supporto (OSS, OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria, ecc.). Ciò ha avuto conseguenze importanti nell'organizzazione aziendale interna, attraverso una maggiore visibilità e un ruolo potenzialmente più incisivo per le direzioni delle professioni sanitarie e gli altri ruoli cui, nella struttura organizzativa, sono state affidate responsabilità di programmazione, valutazione e a volte anche di gestione delle attività assistenziali (es. referente infermieristico di dipartimento, ecc.).

Per quel che riguarda i medici di direzione sanitaria, le maggiori trasformazioni sono da individuare in due fenomeni precisi:

- *staffizzazione*. Lo sviluppo da parte di altre professioni di competenze tradizionalmente presidiate dalla direzione sanitaria di presidio ospedaliero: si tratta ad esempio dei sistemi di qualità nelle sue diverse possibili accezioni (accreditamento istituzionale, certificazione, accreditamento volontario di tipo gestionale o professionale, *clinical risk management*, ecc.), dei sistemi di programmazione e controllo delle prestazioni erogate, di programmazione degli acquisti delle apparecchiature, ecc. Si tratta di ambiti nei quali col tempo economisti aziendali, ingegneri clinici, giuristi esperti di questioni assicurative, ecc. hanno sviluppato competenze specializzate erodendo aree che un tempo, sebbene fossero meno rilevanti e specializzate, erano presidiate dalle direzioni sanitarie. In questa evoluzione sono spesso state portate a livello di direzione aziendale, attraverso lo sviluppo di funzioni o uffici di staff;
- *dipartimentalizzazione*. Il ruolo crescente - almeno negli auspici del legislatore - dei dipartimenti che, nella loro accezione gestionale, si vedono delegare la gestione degli spazi fisici, l'organizzazione del lavoro, il miglioramento dei percorsi assistenziali, ecc., anche in questo caso erodendo attività tradizionalmente presidiate dalle direzioni sanitarie.

Di fronte a tali trasformazioni, il ruolo della direzione medica di presidio ospedaliero cambia e si differenzia rispetto agli assetti organizzativi aziendali. Più di prima, esso dipenderà infatti dalle dimensioni dell'azienda e degli ospedali direttamente gestiti, nonché dalle scelte relative all'individuazione dei dipartimenti (interpresidio o intrapresidio, con l'obiettivo principale di gestire in modo unitario le risorse oppure di governare

l'appropriatezza clinico-assistenziale, ecc.). In questo quadro, il direttore medico di presidio ospedaliero resta il titolare del progetto organizzativo dell'ospedale, cioè l'unico che mantiene una visione integrata sulle sue diverse attività. I medici di direzione medica di presidio ospedaliero, dal canto loro, mantengono certamente le competenze attribuitegli ex lege (D.P.R. 128/1969 ecc.) e possono assumere almeno tre ruoli diversi, non necessariamente alternativi:

- gestori di progetti organizzativi complessi, capaci di organizzare e motivare il cambiamento;
- gestori di piattaforme specializzate il cui uso sta a cavallo di più dipartimenti oppure richiede competenze specialistiche lontane da quelle tipiche dei dipartimenti che le usano. Si tratta degli spazi ambulatoriali, di spazi dedicati ad attività di day-hospital e day-surgery, di aree di degenza multi specialistica ma che si caratterizzano per soluzioni tecniche e logistiche particolari oppure per le necessità assistenziali dei pazienti;
- staff di supporto ai dipartimenti e di collegamento tra questi, la direzione aziendale e le altre articolazioni organizzative.

5.2.3. Management sanitario come disciplina

Lo sviluppo delle competenze manageriali, funzionale al processo di aziendalizzazione, è stato sostenuto da un parallelo aumento delle conoscenze e dell'elaborazione teorica sul management sanitario. Ciò è stato particolarmente vero nel nostro paese, dove lo sviluppo di conoscenze specialistiche e della letteratura scientifica in questo campo si è mantenuta fortemente agganciata a progetti di ricerca applicata o di supporto allo sviluppo gestionale delle aziende sanitarie. Il management sanitario ha quindi assunto una relativa autonomia e riconoscibilità all'interno delle facoltà di economia e si è esplicitato meglio anche nelle scuole di igiene o nell'ambito della formazione infermieristica. Negli ultimi anni ciò è stato reso ancor più evidente col grande numero di master, corsi di perfezionamento universitario e dottorati di ricerca in management sanitario. Tale sviluppo si è accompagnato poi all'istituzione di riviste specializzate. È così che ad esempio nel 1992 nasce la rivista "Mecosan", trimestrale di management ed economia sanitaria, nel 1994 il trimestrale "Organizzazione sanitaria", nel 1995 il trimestrale "Management infermieristico", ecc.

L'emergere del management sanitario come sotto-disciplina anche in ambito universitario ha favorito, in Italia e all'estero, lo sviluppo di conoscenze nuove e l'elaborazione e la proposta di schemi di analisi, di paradigmi interpretativi ma anche di strumenti operativi per la gestione delle aziende sanitarie.

In alcuni casi si è trattato dell'applicazione di conoscenze sviluppate per altri tipi di settori e di aziende. Ciò spesso ha dato luogo a proposte difficilmente applicabili nei contesti organizzativi concreti delle aziende sanitarie, col risultato finale di mostrare scarsa efficacia nell'implementazione e quindi di favorire una reazione "anti-manageriale" in numerosi attori del sistema.

In molti altri casi invece, le proposte del management sanitario hanno tenuto conto fin dall'inizio delle caratteristiche specifiche di questo settore, della sua cultura e dei suoi valori, e hanno finito per offrire schemi interpretativi originali e utili anche per l'analisi di altri settori economici. È questo certamente il caso delle analisi relative agli assetti istituzionali, in cui cioè assumono particolare rilevanza le relazioni tra organi di direzione interna e istituzioni politiche di controllo. Ma è anche il caso degli indicatori di *performance*, tema particolarmente importante ma difficile da trattare per aziende che erogano servizi sanitari ma che hanno responsabilità istituzionali dirette non tanto sugli output quanto sugli out come e cioè sugli esiti complessivi della loro azione sullo stato di salute della popolazione servita. Oppure è il caso della rendicontazione sociale, della gestione dei professionisti, ecc. A tale proposito anzi è verosimile che in molti aspetti il management sanitario anticipi in qualche misura le sfide e le condizioni gestionali che stanno prendendo piede anche in altri settori. È quanto sostenuto da tempo da più osservatori, con riferimento alla società dell'informazione e della conoscenza e alle forme organizzative che essa assumerà. In questo senso, ad esempio, già venti anni fa P. Drucker, leader riconosciuto della letteratura manageriale da più decenni, sosteneva che «the typical large business 20 years hence will (...) bear little resemblance to the typical manufacturing company, circa 1950, which our textbooks still consider the norm. Instead it is far more likely to resemble organizations that neither the practicing manager nor the management scholar pays much attention to today: the hospital, the university, the symphony orchestra. For like them, the typical business will be knowledge-based, an organization composed largely of specialists who direct and discipline their own performance through organized feedback from colleagues, customers, and headquarters. For this reason, it will be what I call an information-based organization» (Drucker, 1988).

5.3. ATTORI DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE

I vettori di queste nuove - o innovate - competenze sono state le scuole di formazione e i programmi di management sanitario istituiti presso università (facoltà di economia, di medicina e chirurgia, di sociologia, ecc.), società di consulenza e formazione, agenzie specializzate istituite dalle Regioni, Agenzie regionali della sanità, enti di ricerca, associazioni professionali.

Le prime iniziative pilota in tal senso sono state avviate alla metà degli anni ottanta, per poi moltiplicarsi a seguito delle riforme dei primi anni novanta: l. 241/1990 e l. 421/1992 per le pubbliche amministrazioni in generale; d.lgs 502/1992 e d.lgs. 517/1993 per il SSN; d.lgs. 29/1993 e poi prima tornata contrattuale post-riforma per il pubblico impiego.

Nei programmi formativi offerti è possibile individuare tre blocchi di contenuto principali:

- un primo blocco di competenze trasmesse in quei contesti riguarda la conoscenza del sistema sanitario italiano (eventualmente paragonato a quelli di altri paesi) e del suo assetto istituzionale (competenze dei vari livelli di governo e di gestione, sistemi di finanziamento, ecc.);

- un secondo blocco di competenze riguarda l'applicazione alle aziende sanitarie di logiche e strumenti di management rispetto alle funzioni gestionali classiche. È il caso della pianificazione strategica, del controllo di gestione, della gestione del personale, ecc.;
- infine, un terzo blocco è quello delle competenze relative al rapporto tra persona e organizzazione e alle relazioni sociali interne all'azienda. In questo ultimo insieme di contenuti ricadono quindi le iniziative volte a sviluppare le competenze di comunicazione, negoziazione, gestione dei gruppi di lavoro, risoluzione dei conflitti personali, ecc.

In termini di pacchetti di offerta, le principali tipologie di corsi sono le seguenti:

- corsi brevi (in genere di durata compresa tra 2 e 8 giornate) su temi specifici;
- corsi lunghi (10-30 giornate) di general management in sanità;
- corsi di perfezionamento universitari (30-40 giornate) di general management in sanità o su temi specifici;
- programmi master (60 giornate) di general management in sanità o su temi specifici.

La domanda di formazione è stata sostenuta anche da precise disposizioni normative, che hanno richiesto la partecipazione a programmi di formazione in management sanitario per accedere a determinati ruoli del SSN o mantenerli (Cuccurullo, 2005). Oltre a quanto previsto per i componenti della direzione strategica delle aziende SSN (direttore generale, direttore sanitario aziendale e direttore amministrativo aziendale), le due principali prescrizioni in tal senso sono:

- il D.P.R. 484/1997 (Regolamento concernente i requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale ed i requisiti ed i criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale) che per l'accesso al secondo livello dirigenziale prevedeva un attestato di formazione manageriale con validità di sette anni. I corsi che danno luogo a tali attestati hanno durata complessiva non inferiore alle 100 ore. Tale previsione è stata poi ripresa nel d.lgs. 229/1999 che all'art. 16-quinquies "Formazione manageriale" pone come condizione per la direzione di strutture complesse delle aziende SSN la partecipazione a un corso in management sanitario;
- la l. 43/2006 che all'art. 6 prevede il master universitario di primo livello "in management o per le funzioni di coordinamento" come condizione necessaria per vedersi assegnata una funzione di coordinamento nell'ambito delle professioni sanitarie ex l. 42/1999, in alternativa all'"esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza".

Sebbene in alcuni casi tali prescrizioni possono avere spinto alla proliferazione di iniziative formative anche di non elevata qualità, è indubbio che esse abbiano contribuito in modo rilevante alla diffusione di competenze manageriali di base presso una larga popolazione di professionisti del SSN che, per il ruolo organizzativo presidiato, hanno responsabilità gestionali importanti.

6. METODOLOGIA

6.1. CONCETTO DI COMPETENZA

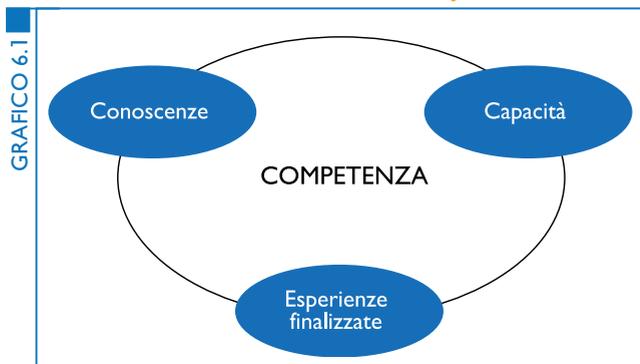
La ricerca ha come obiettivo quello di guardare a stato dell'arte e prospettive future delle competenze manageriali nel SSN. Un primo aspetto di metodo che occorre quindi chiarire è quello di competenza.

In letteratura esistono numerose definizioni di competenza, anche significativamente diverse tra loro. La definizione che qui si adotta (Levati e Saraò, 1998) vede le competenze come la combinazione di conoscenze, capacità ed esperienze finalizzate, collegate cioè al contesto di cui si tratta (Grafico 6.1).

In questo senso:

- le conoscenze sono tipicamente acquisite con processi di apprendimento formalizzati (la lettura di un libro o di un articolo, le lezioni d'aula, la visione di un filmato, ecc.), spesso organizzati da istituti a ciò deputati, quali scuole, università, ecc. Si tratta dunque di competenze di contenuto, anche nozionistico;
- le capacità riguardano non tanto quello che si sa, bensì quello che si sa fare e il come lo si sa fare. Si tratta di competenze quindi in parte legate a tratti personali, in parte sviluppabili o rafforzabili con interventi formativi. Il metodi didattici tradizionali, pur utilizzabili, sono però meno efficaci a sviluppare tali capacità. In questo caso metodi didattici più attivi - *role playing*, simulazioni, preparazione e discussione di casi aziendali, ecc. - sembrano più adatti;
- le esperienze finalizzate costituiscono il bagaglio principale delle competenze e in parte il loro stesso obiettivo. Si noti peraltro come gran parte della formazione nella storia dell'uomo sia passato attraverso l'affiancamento, l'apprendistato, la formazione *on-the-job*, l'esperienza lavorativa concreta.

Una definizione di competenza



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

6.2. FUNZIONI AZIENDALI SELEZIONATE PER L'INDAGINE

Le funzioni aziendali oggetto di rilevazione sono state otto:

- acquisti;
- dipartimento clinico gestionale ospedaliero;

- direzione medica di presidio ospedaliero;
- distretto socio-sanitario;
- gestione del personale;
- programmazione e controllo;
- tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
- ufficio tecnico.

Tale lista è stata definita dal gruppo di lavoro che ha dato avvio alla ricerca FIASO. La scelta delle funzioni è stata guidata da quattro ordini di considerazioni.

- innanzi tutto la ricerca voleva guardare a funzioni presenti, salvo possibili eccezioni, in tutte le aziende del SSN. Per tener conto delle specificità aziendali si è comunque tenuta aperta la possibilità di svolgere più interviste con più uffici, servizi, funzioni, unità operative ecc. che svolgessero attività riconducibili a ciascuna delle funzioni sopra citate;
- una seconda considerazione che ha guidato la scelta delle funzioni riguarda la loro collocazione organizzativa. Esse infatti comprendono funzioni tipicamente collocate in staff alla direzione aziendale (programmazione e controllo, ecc.), funzioni di *line* amministrativa (acquisti, ecc.) e funzioni di management intermedio (dipartimento ospedaliero e distretto socio-sanitario);
- una terza considerazione riguarda la rappresentatività delle funzioni indagate. Esse infatti non devono essere considerate necessariamente le funzioni oggi maggiormente critiche in ciascuna delle aziende SSN, né quelle con maggiori potenzialità/necessità di sviluppo. Si tratta invece di funzioni certamente importanti per la gestione delle aziende sanitarie italiane e in qualche modo di rappresentare - proprio per l'eterogeneità degli elementi sopra ricordati - più in generale l'insieme delle funzioni aziendali a contenuto manageriale del SSN;
- infine, un ultimo argomento riguarda aspetti specifici e trasformazioni in corso che rendono particolarmente interessante guardare alle funzioni selezionate.

Rispetto a quest'ultimo punto, pur riconoscendo l'estrema eterogeneità delle esperienze aziendali e le scelte regionali che in alcuni SSR hanno determinato in modo importante lo sviluppo delle singole funzioni, è tuttavia possibile individuare alcune ragioni specifiche di trasformazione e quindi d'interesse per ciascuna delle funzioni indagate. Tali trasformazioni costituiscono anzi un'ipotesi di lavoro che la stessa rilevazione presso le aziende ha contribuito a confermare, confutare o specificare.

Qui di seguito richiamiamo alcuni aspetti e alcune evoluzioni che, per ciascuna funzione indagata, hanno costituito le ipotesi di base e i motivi d'interesse per la rilevazione presso le aziende.

1) La funzione acquisti ha vissuto di recente importanti trasformazioni legate alle possibilità offerte dalle tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni (e-procure-

ment; Borgonovi, 2002), alla normativa europea e alle modifiche di quella nazionale (Boni, 2006), allo sviluppo di esperienze di acquisti programmati e gestiti a livello sovra-aziendale (specializzazione delle diverse aziende di una stessa rete, Aree Vaste, consorzi di acquisto regionali, ecc.; FIASO, 2009). Si tratta di trasformazioni strutturali della funzione sui piani tecnico, giuridico e istituzionale. Ovviamente ciò ha conseguenze sulle competenze manageriali attivate e richieste.

2) Il dipartimento clinico ospedaliero di tipo gestionale rappresenta una delle trasformazioni organizzative proposte con più tenacia dalla normativa per le aziende SSN (Bergamaschi e Lega, 2000).

Pur nella pluralità di obiettivi contemplati dalla normativa e perseguiti dalle aziende - gestione comune di risorse economiche, migliore allocazione delle patologie e controllo dell'appropriatezza clinica assistenziale, ecc. - e nella varietà delle esperienze fatte, la dipartimentalizzazione ha certamente contribuito a rafforzare le responsabilità e la cultura manageriali all'interno delle aziende SSN.

Se da un lato le responsabilità di gestione sono sempre esistite e sono state sempre esercitate all'interno dei servizi ospedalieri, l'esercizio che tradizionalmente ne facevano primario e caposala oggi è chiamato a un rinnovamento, a ragione di due principali elementi. Il primo è che il reparto tradizionale era caratterizzato da omogeneità disciplinare e gerarchia ben riconoscibile, mentre nel dipartimento le discipline presenti sono più di una e la gerarchia non è chiara, soprattutto nelle aziende che hanno sottolineato il ruolo di coordinamento - più che di comando - del direttore di dipartimento. Il secondo elemento di cambiamento è che le pressioni economiche negli anni si sono fatte più evidenti e i servizi clinico-assistenziali sono chiamati a uno sforzo molto maggiore di rendicontazione delle proprie attività (*accountability*; Lega e Prenestini, 2009). In questo senso, la disponibilità di strumenti di rendicontazione da un lato aumenta o comunque cambia le possibilità gestionali del direttore di dipartimento, ma dall'altro rende più verificabile e quindi controllabile la sua azione da parte della direzione aziendale o dei suoi staff.

3) La direzione medica di presidio ospedaliero ha nella tradizione italiana una funzione centrale per la gestione operativa dei servizi, ma anche per il coordinamento e l'integrazione dei servizi offerti dalle varie unità operative specialistiche all'interno degli ospedali.

Come già detto alle pagine precedenti, tale funzione negli ultimi anni ha dovuto rivedere anche profondamente il proprio ruolo, integrando le responsabilità più specificamente igienistiche con quelle di gestione operativa, di gestione della logistica ospedaliera e dei percorsi dei pazienti.

In alcune situazioni tale revisione ha dato luogo a una vera e propria crisi identitaria del ruolo. Ciò ha suscitato un dibattito interno piuttosto vivace, sviluppatosi all'interno della comunità professionale e soprattutto nell'ambito delle attività e delle pubblicazio-

ni dell'ANMDO (Associazione nazionale medici direzioni ospedaliere; www.anmdo.org), associazione professionale che svolge un'attività sia scientifica sia sindacale.

4) Il distretto costituisce l'articolazione territoriale dell'azienda sanitaria locale ed è quindi certamente uno snodo centrale delle relazioni dell'azienda con il suo ambiente esterno. Spesso le strutture distrettuali sono il primo riferimento per l'utenza dell'assistenza territoriale e sono oggetto di particolare attenzione da parte dei sindaci e delle comunità locali. Oltre ai rapporti con gli enti locali, il distretto spesso gestisce i professionisti convenzionati impegnati nell'assistenza primaria (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizio di continuità assistenziale) ed è coinvolto nella pianificazione socio-sanitaria attraverso i piani di zona e gli altri strumenti previsti dalla normativa. Lì dove i distretti gestiscano direttamente l'erogazione dei servizi (magari anche attraverso la delega per l'assistenza socio-sanitaria data dai Comuni alla ASL), essi sono anche connotati dalla complessità organizzativa che deriva dalla compresenza di molte professionalità e specialità tra i propri servizi.

Le evoluzioni epidemiologiche - invecchiamento della popolazione e parallelo aumento della prevalenza delle malattie croniche e del fabbisogno di servizi socio-sanitari - rendono l'assistenza territoriale cruciale per la funzionalità aziendale complessiva e per il consenso sociale e politico che l'azienda riesce ad ottenere.

5) La gestione del personale rappresenta una funzione al cuore delle aziende sanitarie (De Pietro, 2005a). Al netto dell'acquisto dei servizi sanitari erogati dalle strutture private accreditate, il personale rappresenta di gran lunga la principale voce di costo dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche. Ciò conferma la centralità delle risorse umane e delle loro competenze per la funzionalità aziendale, in un settore da tutti riconosciuto ad elevata intensità di conoscenze e professionalizzazione.

D'altro canto è da tempo oramai che le direzioni aziendali SSN e lo stesso personale lamentano una gestione troppo focalizzata sulle attività di amministrazione ordinaria e troppo poco sulle attività di valutazione, sviluppo e valorizzazione delle persone. Anche lì dove negli ultimi anni si sono fatti sforzi per rafforzare le attività più propriamente gestionali, la funzione si è spesso sviluppata in maniera "bicefala" e non sempre in maniera coordinata tra l'anima amministrativa e quella di valutazione e sviluppo. Allo stesso modo, in numerose esperienze il raccordo tra le attività di formazione e le altre attività della funzione risulta debole, nonostante gli sforzi e i progressi degli ultimi anni (Filannino, 2006).

Il cambiamento qui prospettato richiede uno sforzo particolare da parte degli specialisti della gestione del personale e una modifica importante nel mix delle loro competenze. Richiede uno sforzo particolare poiché le aziende SSN hanno organicamente importanti, frammentati nelle loro qualifiche, con disposizioni contrattuali in perenne aggiornamento, per gran parte appartenenti a ordini e collegi o comunque a professioni codificate e con una frammentazione sindacale ancora elevata, nonostante

la razionalizzazione normativa della metà degli anni novanta. Richiede una modifica importante nel mix di competenze poiché le conoscenze legate alla disciplina del pubblico impiego e ai contratti collettivi di lavoro devono essere integrate da competenze gestionali capaci, tra le altre cose, di:

- valorizzare gli spazi di autonomia aziendale offerti dal quadro normativo;
- dare un senso alle politiche del personale e costruire un patto con le persone che lavorano in azienda;
- progettare sistemi operativi capaci di governare l'autonomia professionale;
- riconoscere e valutare le competenze individuali possedute dai dipendenti e farne la base della gestione del personale;
- segmentare gli organici aziendali al fine di offrire politiche e strumenti di gestione più vicini alle loro necessità;
- definire e sviluppare indicatori capaci di misurare le *performance* e di monitorare in modo efficace le principali dimensioni della funzione gestione del personale;
- sviluppare sistemi di relazioni sindacali efficaci.

6) La programmazione e controllo è forse la funzione che più delle altre ha guidato il processo di aziendalizzazione nelle aziende sanitarie italiane, tanto che in alcuni casi il processo di budget - la sua presenza, il suo grado di sviluppo, la capacità di incidere sui comportamenti professionali, ecc. - è stato identificato con la presenza stessa della logica manageriale nel SSN (Cosmi e Del Vecchio, 2002).

Grazie alle attività di programmazione e controllo le aziende hanno imparato a programmare sulla base di indicatori quantitativi e comparabili con altre aziende. Le necessità della programmazione e controllo hanno poi aiutato fortemente lo sviluppo della contabilità analitica o la definizione di nomenclatori unici per descrivere le prestazioni (in tal senso il sistema dei DRG rappresenta il caso più rilevante ed evidente).

L'eterogeneità delle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie e il loro essere allo stesso tempo erogatori dei servizi e responsabili dell'impatto finale di quei servizi sullo stato di salute della popolazione, ha fatto sì che le riflessioni sugli indicatori di *performance* nelle aziende SSN fossero particolarmente sofisticate e abbiano spesso offerto stimoli anche per altri settori (Bergamaschi, Lecci, 2008).

Negli ultimi anni però la programmazione e controllo in molte esperienze aziendali ha perso la sua spinta iniziale, stabilizzandosi quale funzione non più capace di trainare innovazione organizzativa. In qualche misura, si potrebbe forse sostenere che in alcune aziende essa sia divenuta vittima del proprio stesso successo, trovandosi alla fine sovraccaricata di molteplici funzioni che ne appesantiscono il funzionamento e ne minacciano l'efficacia complessiva (Del Vecchio, 2002). È così per esempio che la programmazione e controllo diventa strumento per la gestione e il monitoraggio dei rischi clinici oppure diventa la base su cui costruire i sistemi d'incentivazione del personale, anche per quella parte che potrebbe essere più utilmente gestita attraverso sistemi di valutazione dei comportamenti individuali.

7) Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione sono da sempre centrali per le aziende sanitarie, che abbiamo già qualificato come organizzazioni "intensive in conoscenza" e "basate sulle informazioni" (Buccoliero, 1998). Esse infatti trattano alte quantità di dati sensibili, articolati, per finalità interne (cartelle clinico-assistenziali informatizzate, RIS-PACS, ecc.) ed esterne (flussi per i Ministeri dell'economia e della salute, ecc.). Per queste ragioni, le aziende sanitarie sono da sempre coinvolte in modo diretto e rilevante nel progresso tecnologico degli applicativi per la gestione delle informazioni (Buccoliero et al., 2007).

D'altro canto, ai fini della ricerca la funzione sembra particolarmente interessante almeno per i seguenti elementi (De Pietro, 2002b):

- si tratta di una funzione che ha livelli e direzione di sviluppo profondamente eterogenei nel confronto tra aziende;
- i potenziali di sviluppo prevedibili per il prossimo futuro sono comunque importanti, sia a fini interni (sistemi informativi direzionali, gestione del personale, informazioni clinico-assistenziali), sia a fini esterni (comunicazione con cittadini, utenti, fornitori; flussi informativi previsti dalla normativa; integrazione nei sistemi informatici e di comunicazione sviluppati a livello di SSR);
- a differenza che per molte funzioni gestionali SSN, le competenze informatiche si sono spesso sviluppate al di fuori del settore sanitario e gli stessi responsabili della funzione hanno spesso percorsi formativi e di carriera esterni alle aziende del sistema sanitario.

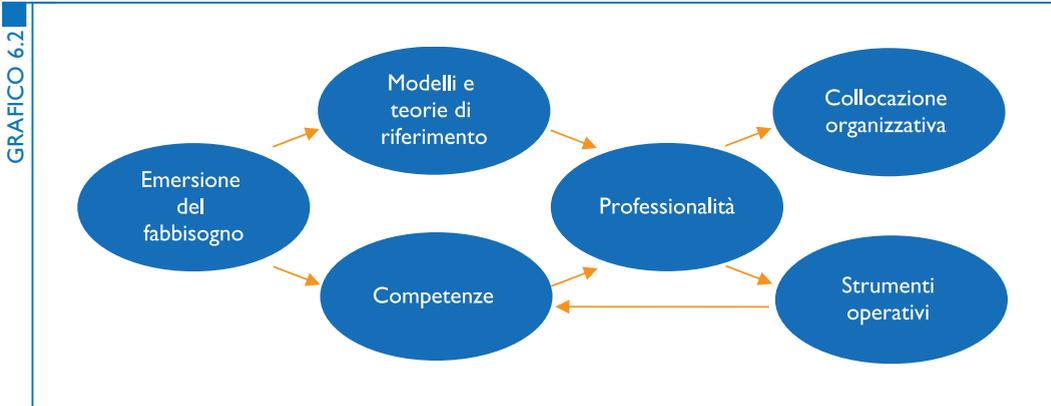
8) L'ultima funzione analizzata è quella dell'ufficio tecnico, che negli ultimi anni si è profondamente evoluta a seguito della continua specializzazione tecnologica delle strutture sanitarie (Cosmi, 2002), dell'accelerazione oramai richiesta nel rinnovamento degli immobili e degli impianti tecnici, dell'accresciuto valore immobiliare di molte strutture delle aziende sanitarie pubbliche, dal crescente ricorso all'esternalizzazione dei lavori.

Ciò ha comportato il rapido sviluppo di competenze specifiche, dando luogo all'inserimento stabile nelle aziende sanitarie dell'ingegneria clinica, ma anche un profondo aggiornamento di quelle tradizionali, legate per lo più alla costruzione e alla manutenzione delle strutture edilizie e agli impianti (acqua, riscaldamento, condizionamento, ecc.).

Pur se accomunate da una fase di trasformazione ed evoluzione, le funzioni indagate si differenziano quindi in termini di tradizione, stabilità della collocazione organizzativa, stabilità del ruolo e delle competenze utilizzate, ecc. Risulta a questo fine utile far riferimento alla Figura 6.2, che riporta schematicamente il processo logico di sviluppo di un'ipotetica nuova funzione aziendale.

Essa mostra come elementi utili siano il poter disporre di modelli di riferimento (apparati teorici, esperienze di successo, ecc.), che però devono essere poi processate attra-

Lo sviluppo di una nuova funzione aziendale



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

verso competenze capaci di contestualizzare quei modelli, tenendo conto delle condizioni prevalenti all'interno dell'organizzazione, delle sue capacità, dei suoi meccanismi operativi, degli attori che è possibile coinvolgere, proponendo quindi strumenti operativi adatti al contesto aziendale. Se tale sequenza modelli / competenze / strumenti operativi porta a risultati concreti, in alcuni casi questi saranno ritenuti tali da permettere lo sviluppo di ruoli incaricati di mantenere, gestire e sviluppare tali funzioni. Tali ruoli, quando rilevanti, portano allo sviluppo di nuove professionalità. Da un punto di vista concettuale, è a questo punto che la professionalità procede a codificare anche una collocazione tipica all'interno dell'organizzazione.

La figura mostra la relazione tra i vari elementi che codificano una funzione e in particolare il ruolo delle competenze, che risultano centrali per costruire una professionalità riconosciuta.

Per apprezzare il contributo offerto dalla figura, si faccia riferimento a due delle funzioni oggetto della rilevazione e cioè alla direzione medica di presidio ospedaliero e alla programmazione e controllo. Paradossalmente, nonostante la tradizione molto più forte della prima rispetto alla seconda, gli elementi della figura oggi risultano spesso più chiari nel caso della programmazione e controllo che della direzione medica di presidio, i cui unici punti fermi sono nelle competenze affidate dalla legge al direttore medico di presidio ospedaliero.

6.3. METODO DEI CASI DI STUDIO

La ricerca si è basata sul metodo dei casi di studio. La scelta è stata dettata dal fatto che tale metodo risulta particolarmente efficace per ricerche che mirano all'analisi di processi dinamici, evolutivi, attraverso la ricostruzione di storie capaci di descrivere le modalità di sviluppo dei fenomeni, più che i soli risultati finali del processo.

Più in generale, la scelta del metodo più adatto a una data ricerca sociale dipende da tre condizioni:

- il tipo di quesito che riguarda l'oggetto della ricerca;
- il controllo che il ricercatore ha sulla dinamica degli eventi (e cioè la possibilità di verificare una data ipotesi sulla base del confronto tra un gruppo 'trattato' e un secondo gruppo sperimentale);
- il focus su fenomeni in corso più che su fenomeni già conclusi.

In relazione a queste tre condizioni, si può affermare che, in generale, i casi sono il metodo più adatto quando le questioni oggetto di ricerca possono essere sintetizzate in domande quali "come" e "perché", quando il ricercatore ha scarso controllo sugli eventi e, infine, quando il focus è su fenomeni contemporanei all'interno di contesti operativi reali (Yin, 1994:1 e 4-6).

La scelta della strategia/metodo di ricerca

TABELLA 6.1	Strategia/metodo	Forma del quesito di ricerca	Richiede controllo sugli eventi comportamentali?	Riguarda eventi contemporanei?
	Esperimento	Come, perché	Sì	Sì
	Indagine/rassegna	Chi, cosa, dove, quanti, quanto	No	Sì
	Indagine di archivio	Chi, cosa, dove, quanti, quanto	No	Si/no
	Storia	Come, perché	No	No
	Caso-studio	Come, perché	No	Sì

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Nella presente ricerca, gli aspetti qualitativi dei processi di sviluppo sperimentati dalle singole funzioni e nelle singole aziende rappresentano l'oggetto principale d'indagine. Questi stessi aspetti qualitativi mirano a ricostruire storie capaci di dare una migliore comprensione dei fenomeni indagati proprio perché costruiti sulla base di una conoscenza 'lunga' e raccolta da più persone (tante quante sono state i nostri interlocutori nel corso della ricerca; sull'opportunità e l'efficacia della ricerca svolta in tal senso si veda, tra gli altri, Schmidt, 1994).

Il metodo dei casi-studio sembra particolarmente efficace per la ricerca condotta, in quanto esso permette un'analisi più approfondita e modulabile delle esperienze vissute all'interno delle singole aziende. Esso cioè permette di indagare il "perché" e il "come" i titolari delle funzioni indagate hanno sviluppate le proprie competenze.

Inoltre, il metodo dei casi permette di cogliere il reale portato delle innovazioni illustrate, riducendo il rischio di essere "ingannati" da comportamenti "mimetic" assai frequenti nel settore sanitario pubblico (e più in generale all'interno delle pubbliche amministrazioni): ci si riferisce in particolare a quelle situazioni in cui le persone - o le stesse aziende - si adeguano soltanto formalmente «a prescrizioni normative o a principi e soluzioni che riscuotono il consenso del contesto di riferimento» (ad esempio affermano di avere svolto con profitto corsi di formazione manageriale), «e dove quindi è molto rischioso fermarsi alle apparenze dichiarate nei documenti, nei questionari» (Anessi Pessina, 2002:6).

La rilevazione nelle aziende è stata condotta attraverso una raccolta documentale e alcune interviste strutturate, svolte tra giugno e dicembre 2009. Per la prima non abbiamo predefinito una lista di documenti, preferendo raccogliere quelli che presso ciascun'azienda sembravano i più interessanti ai fini della ricerca. In genere si trattava di dati relativi agli organici aziendali complessivi e a quelli delle funzioni indagate, dati relativi ai contratti atipici attivi per i ruoli gestionali o di staff. Organigrammi, atti aziendali, regolamenti di organizzazione, ecc. Le interviste si sono basate su griglie di domande semi-strutturate. Esse di regola sono state condotte con il direttore generale e con il responsabile di ciascuna funzione indagata. Nel caso del dipartimento ospedaliero gestionale, in genere è stata chiesta la disponibilità del direttore di uno dei dipartimenti di area medica. Nel caso del distretto sanitario è stata svolta un'intervista con il direttore di un distretto selezionato dal direttore generale. Le interviste al direttore generale hanno avuto durata media di una-due ore. Quelle ai responsabili di funzione di circa un'ora.

Gli obiettivi dell'intervista al direttore generale erano discutere:

- le ragioni del ricorso agli eventuali contratti atipici presenti in azienda su funzioni manageriali;
- l'importanza attuale e prospettica delle funzioni indagate;
- i fabbisogni formativi di ciascuna funzione e del management aziendale nel suo complesso;
- gli eventuali interventi a supporto del cambiamento che è possibile ipotizzare sia a livello aziendale, sia a livello sovra-aziendale.

L'obiettivo delle interviste ai responsabili di funzione era rilevare:

- le biografie professionali così da ricostruire percorsi di formazione, reclutamento e carriera;
- le competenze manageriali ritenute importanti oggi e in futuro, sulla base di griglie predefinite per ciascuna funzione;
- il giudizio sull'utilità di un'eventuale formazione sulle stesse competenze manageriali;
- i circuiti professionali e di formazione ai quali i responsabili di funzione sono agganciati per un confronto tra colleghi e per migliorare le proprie competenze manageriali.

Le griglie utilizzate per rilevare le competenze manageriali ritenute importanti per ciascuna funzione sono in buona parte basate su un recente lavoro promosso dalla Regione Lombardia sui profili di competenze relativi ai dirigenti responsabili delle funzioni amministrative, professionali e tecniche delle aziende SSR. A loro volta le competenze giudicate utili per ciascuna funzione erano state selezionate all'interno di gruppi di lavoro coordinati dalla Regione e ai quali partecipavano i responsabili aziendali di ciascuna funzione. Il gruppo di lavoro della presente ricerca ha quindi costruito la griglia di ciascuna funzione andando a selezionare le competenze che erano state indicate come più importanti nell'ambito del progetto lombardo.

Per ciascun'azienda è stato preparato un caso di 20-40 pagine, in cui sono state riportate le informazioni aziendali rilevanti, i principali contenuti espressi nel corso delle interviste, nonché alcune prime conclusioni e interpretazioni qualitative a cura del ricercatore autore del caso.

Infine, la ricerca si è avvalsa di più riunioni alle quali hanno partecipato tutti gli attori citati nelle prime pagine di questo rapporto. Ciò ha permesso una condivisione delle scelte metodologiche da adottare, degli strumenti di rilevazione (istruzioni per gli intervistatori, schede con le competenze da valutare per ciascuna funzione, ecc.) e del campione di aziende oggetto d'indagine. I casi di studio redatti dai diversi ricercatori sono stati poi oggetto di una discussione comune.

Gli stessi risultati sono stati oggetto di un *focus group* al quale hanno partecipato sette direttori generali di aziende SSN.

6.4. AZIENDE OGGETTO DI ANALISI

Le Aziende presso le quali si è svolta l'analisi sono le seguenti:

- Azienda Sanitaria Locale CN2 di Alba e Bra;
- Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda;
- Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi;
- ULSS 3 di Bassano del Grappa;
- Azienda USL di Bologna;
- Azienda USL 7 di Siena;
- Azienda Ospedaliera di Perugia;
- Azienda USL Roma E;
- IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale di Napoli;
- Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza;
- Azienda Ospedaliera Civico - Di Cristina - Benfratelli di Palermo;

La tabella 6.2 evidenzia le funzioni per le quali sono state svolte le interviste.

Per valutare correttamente la rilevazione complessiva svolta nel corso della ricerca, si consideri che le interviste con la direzione aziendale hanno fornito commenti e informazioni anche per quelle funzioni che, nelle singole aziende, non sono state oggetto di interviste specifiche ai dirigenti responsabili.

Pur non essendo un campione particolarmente ampio, esso comunque è stato individuato in modo da comprendere aziende diverse per tipologia (ASL, AO, AOU, IRCCS), per Regione e per dimensioni.

Se da un lato quindi le dimensioni del campione non permettono elaborazioni statistiche rappresentative dell'intero SSN, nondimeno esse costituiscono un numero sufficientemente ampio per un'indagine basata sul metodo dei casi di studio il quale,

Sintesi delle funzioni oggetto di rilevazione per azienda

TABELLA 6.2

	Acquisti	Dipartimento clinico gestionale ospedaliero	Direzione medica di presidio ospedaliero	Distretto sanitario	Gestione del personale	Programmazione e controllo	Tecnologie delle informazioni e della comunicazione	Ufficio tecnico
ASL CN2 di Alba e Bra	X	X	X	X	X	X	X	X
AO Desenzano del Garda	X	X	X		X	X	X	X
AO Provincia di Lodi	X	X	X		X	X	X	
ULSS Bassano del Grappa	X	X	X	X	X	X	X	X
AUSL Bologna	X	X	X	X	X	X		X
AUSL Siena				X	X	X	X	X
AO Perugia					X	X		X
AUSL Roma E			X	X			X	X
IRCCS Pascale Napoli	X	X	X		X	X		X
AO S. Carlo Potenza	X	X	X		X	X	X	X
AO Civico Palermo	X	X	X		X	X	X	X

Note: Per il Distretto sanitario nell'Azienda USL n. 7 di Siena sono state svolte due interviste, rispettivamente con un responsabile di zona-distretto e con la responsabile delle Cure Primarie. Per l'Ufficio tecnico nell'ASL CN2 di Alba e Bra sono state svolte due interviste, rispettivamente con il responsabile dei servizi tecnici e con quello delle tecnologie biomediche.

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

come già detto, non mira a rappresentazioni solide da un punto di vista della rappresentatività, ma ha l'obiettivo di ricostruire storie, permettere confronti tra esperienze diverse e quindi interpretare fenomeni che restano qualitativi, traendo conclusioni non generalizzabili.

I paragrafi che seguono rappresentano una sintesi di quanto rilevato nel corso delle interviste e dell'analisi documentale svolte nelle aziende che hanno partecipato alla ricerca. In tal senso, essi non vogliono in alcun modo descrivere in modo esteso, omogeneo e comparabile le caratteristiche strutturali e di funzionamento aziendale, ma soltanto mettere in evidenza alcuni aspetti dell'organizzazione e della gestione che costituiscono elementi interessanti ai fini della nostra analisi.

Numero Posti Letto effettivamente utilizzati nelle Aziende selezionate (anno 2005)

TABELLA 6.3

	PPLL effettivamente utilizzati (anno 2005)
ASL CN2 di Alba e Bra	359
AO Desenzano del Garda	655
AO Provincia di Lodi	664
ULSS Bassano del Grappa	499
AUSL Bologna	1630
AUSL Siena	333
AO Perugia	696
AUSL Roma E	506
IRCCS Pascale Napoli	189
AO S. Carlo Potenza	795
AO Civico Palermo	906

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Personale a tempo indeterminato delle Aziende selezionate suddiviso per ruoli (anno 2008)

TABELLA 6.4

	Dirigenza sanitaria	Dirigenza amministrativa	Dirigenza professionale e tecnica	Comparto sanitario	Comparto amministrativo	Comparto tecnico	TOTALE
ASL CN2 di Alba e Bra*	282	10	3	785	213	238	1.531
AO di Desenzano	365	12	5	1.244	240	570	2.436
AO Provincia di Lodi**	320	10	2	948	167	655	2.102
ULSS di Bassano del Grappa*	328	9	12	1.056	199	447	2.051
AUSL di Bologna	1.472	29	44	4.411	829	1.471	8.256
AUSL di Siena*	418	11	16	1.212	339	335	2.331
AO di Perugia	490	8	8	1.394	207	480	2.587
AUSL Roma E	1.127	38	36	1.613	844	509	4.167
IRCCS Pascale di Napoli	203	18	7	468	87	107	890
AO S.Carlo di Potenza	503	10	10	1.432	203	527	2.685
AO Civico di Palermo**	793	16	10	1.381	211	1.035	3.446
Totale Aziende Laboratorio	6.301	171	153	15.944	3.539	6.374	32.482
Rappr. Su SSN	5,38%	5,53%	5,84%	5,21%	5,03%	5,42%	5,27%
TOTALE SSN	117.073	3.092	2.622	305.880	70.391	117.644	616.702
Composizione Personale (Laboratorio)	19,40%	0,53%	0,47%	49,09%	10,90%	19,62%	100,00%
Composizione Personale (SSN)	18,98%	0,50%	0,43%	49,60%	11,41%	19,08%	100,00%

Fonte: elaborazione FIASO su dati Ragioneria generale dello stato (2007*- 2008) e Ministero della Salute (2005**)

Spesa sanitaria totale e per il personale delle Aziende selezionate (anno 2008)

TABELLA 6.5

	Dirigenza sanitaria	Dirigenza amministrativa	Dirigenza professionale e tecnica	Comparto sanitario	Comparto amministrativo	Comparto tecnico	TOTALE COSTO DEL PERSONALE	TOTALE SPESA SANITARIA	INCIDENZA COSTO DEL PERSONALE
ASL CN2 di Alba e Bra	34.707,00	1.150,00	359,00	32.961,00	7.022,00	8.831,00	85.030,00	287.942,00	29,53%
AO di Desenzano	39.391,00	1.142,00	311,00	48.524,00	7.460,00	16.824,00	113.652,00	187.593,00	60,58%
AO Provincia di Lodi	37.538,00	669,00	326,00	43.830,00	4.769,00	13.743,00	100.875,00	177.310,00	56,89%
ULSS di Bassano del Grappa	29.504,00	608,00	523,00	34.436,00	6.688,00	11.239,00	82.998,00	283.380,00	29,29%
AUSL di Bologna	151.169,00	3.110,00	3.706,00	167.527,00	27.245,00	42.199,00	394.956,00	1.627.019,00	24,27%
AUSL di Siena	43.490,00	997,00	1.313,00	46.044,00	10.501,00	10.524,00	112.869,00	435.867,00	25,90%
AO di Perugia	47.947,00	699,00	304,00	58.051,00	6.973,00	15.401,00	129.375,00	280.411,00	46,14%
AUSL Roma E	80.885,00	1.443,00	2.119,00	42.333,00	12.620,00	9.316,00	148.716,00	1.649.001,00	9,02%
IRCCS Pascale di Napoli	24.774,00	729,00	367,00	13.201,00	2.550,00	2.154,00	43.775,00	101.389,00	43,18%
AO S.Carlo di Potenza	41.283,00	283,00	320,00	44.967,00	3.444,00	8.434,00	98.731,00	184.849,00	53,41%
AO Civico di Palermo	80.825,00	1.719,00	615,00	74.888,00	7.059,00	16.874,00	181.980,00	297.359,00	61,20%
Totale Aziende Laboratorio	611.513,00	12.549,00	10.263,00	606.762,00	96.331,00	155.539,00	1.492.957,00	5.512.120,00	27,08%
Rappr. Su SSN	4,26%	3,77%	3,94%	4,48%	3,90%	3,94%	4,28%	5,15%	
TOTALE SSN	14.338.942,00	333.290,00	260.704,00	13.541.784,00	2.468.560,00	3.946.138,00	34.889.418,00	106.964.057,00	32,62%
Composizione Personale (Laboratorio)	40,96%	0,84%	0,69%	40,64%	6,45%	10,42%	100,00%		
Composizione Personale (SSN)	41,10%	0,96%	0,75%	38,81%	7,08%	11,31%	100,00%		

Fonte: elaborazione FIASO su dati Ministero della Salute
N.B. La Spesa Sanitaria è elaborata al netto degli ammortamenti

APPENDICE CASI AZIENDALI SSN

A. ASL CN2 DI ALBA E BRA

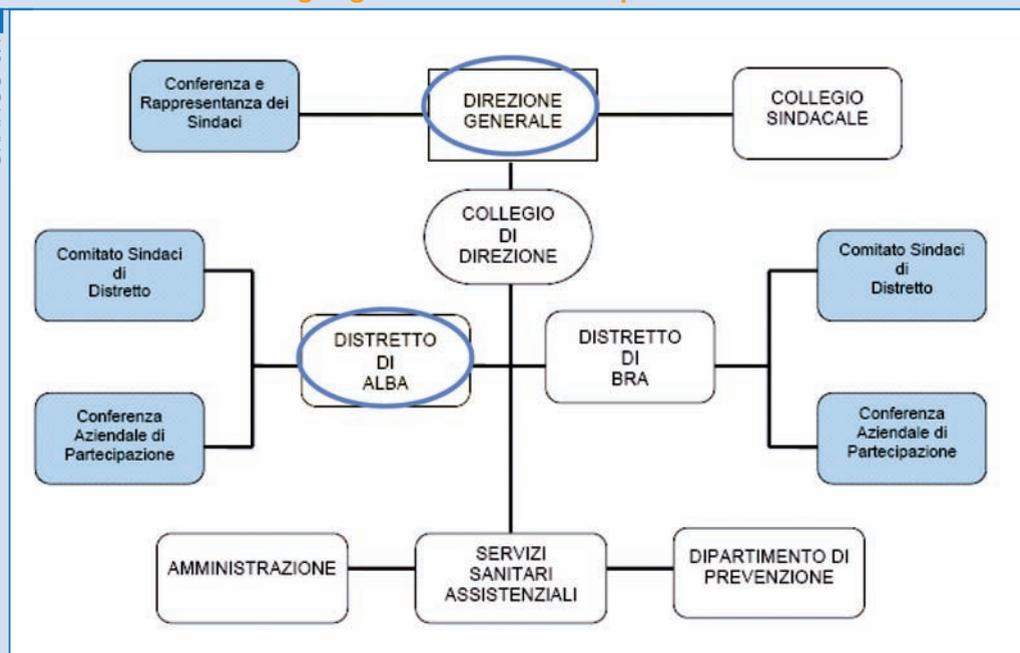
La ASL CN2 serve una popolazione di 164.000 abitanti (di cui l'11% ultra settantacinquenni), residente in 76 comuni che si estendono su 1.118 kmq. Essa deriva dall'accorpamento delle ASL di Alba e di Bra, avvenuto nel 1995. Il bilancio preventivo 2008 prevede un valore della produzione pari a 288.624.569 euro (erano 262.712.815 nel consuntivo 2005).

Il personale dipendente aziendale al 31/03/2009 era di 1.706 persone (1.639 con contratti a tempo indeterminato, 30 con contratti a tempo determinato, 37 sostituzioni), a cui si aggiungevano 10 persone somministrate da un'agenzia per il lavoro. Si tratta dunque di un'ASL medio-piccola: nel 2005 era la 70a, sulle 195 censite sulle statistiche del Ministero della Salute (il minimo era raggiunto nella ASL Alto Molise con 260 dipendenti e il massimo nella ASL NA1 con 10.780 dipendenti).

Le persone intervistate, corrispondenti alle funzioni oggetto della presente ricerca, sono i responsabili delle strutture evidenziate nei tre organigrammi che seguono.

Organigramma aziendale di primo livello

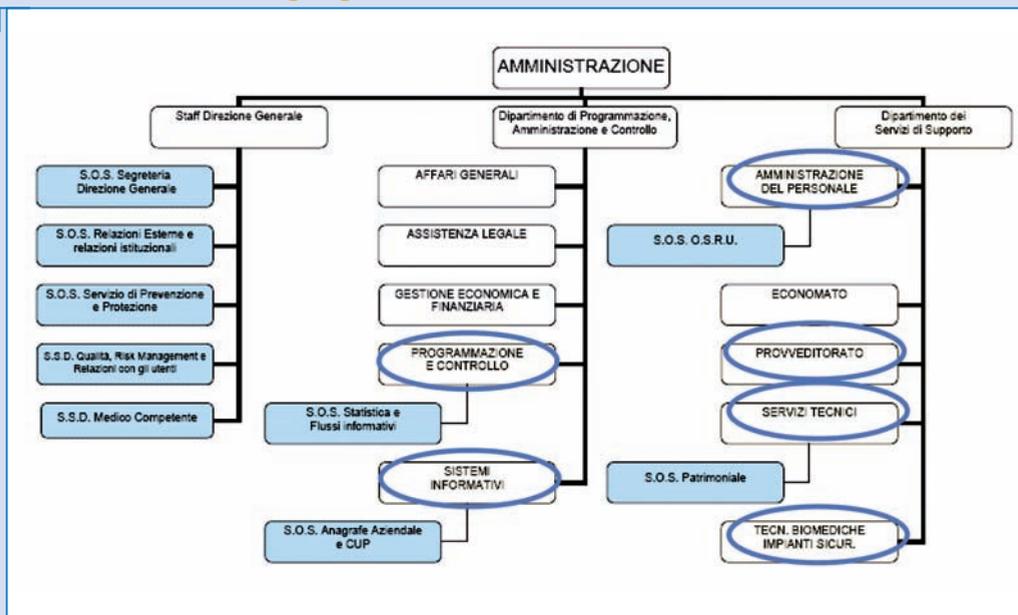
GRAFICO 6.4



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Organigramma dell'area Amministrazione

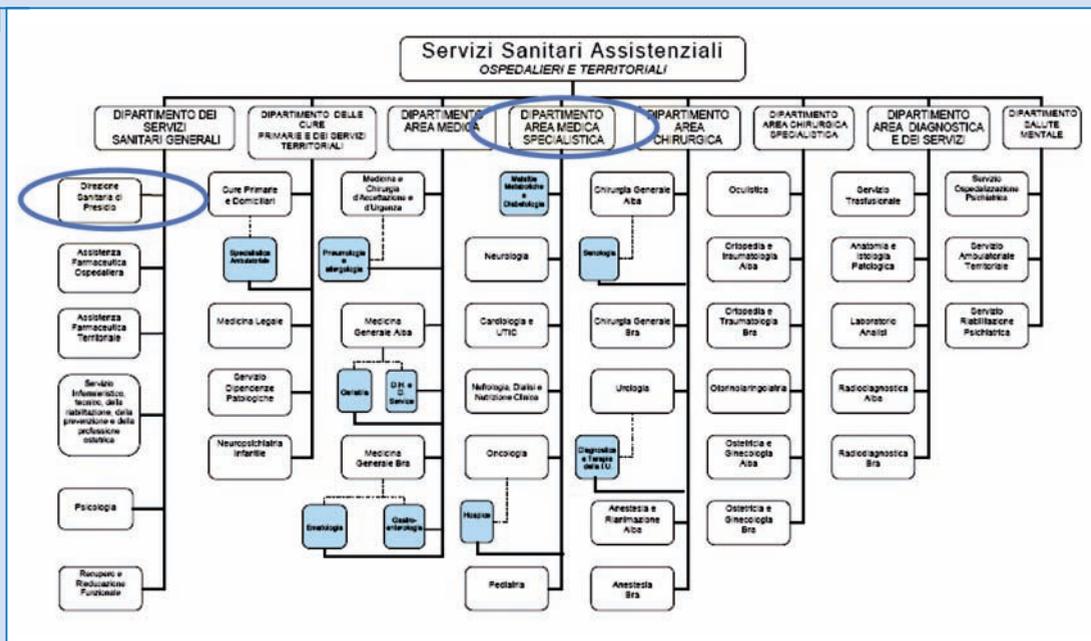
GRAFICO 6.5



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Organigramma dell'area Servizi sanitari assistenziali (non comprende il dipartimento di prevenzione, evidenziato in un ulteriore organigramma dei documenti di organizzazione aziendale)

GRAFICO 6.6



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

B. AZIENDA OSPEDALIERA DI DESENZANO DEL GARDA

L'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda, costituita con decorrenza 01/01/1998 dall'accorpamento dei presidi ospedalieri esistenti nelle ex Aziende USSL 17 di Salò e 19 di Leno, articola la propria offerta di servizi sanitari ad un potenziale bacino d'utenza di oltre 300.000 abitanti (circa un terzo dell'intera provincia bresciana) con picchi di utenza maggiori nel periodo estivo nell'area del Garda dovuti all'afflusso turistico.

L'Azienda è attualmente articolata in tre presidi ognuno dei quali composto da due strutture ospedaliere e da poliambulatori territoriali:

- Presidio di Desenzano/Lonato;
- Presidio di Gavardo/Salò;
- Presidio di Manerbio/Leno.

In tutti i Presidi, la struttura principale è connotata come ospedale per acuti: a Gavardo sono concentrate tutte le specialità di base; a Desenzano e Manerbio, oltre alle specialità di base, vi sono quelle intermedie e le terapie intensive (unità coronarica, patologia neonatale, rianimazione).

Questo fa sì che la collocazione nella rete d'emergenza e urgenza sia diversa per i tre presidi: a Gavardo è ubicato il pronto soccorso, mentre Desenzano e Manerbio sono sede di D.E.A. (Dipartimento emergenza accettazione).

Gli Ospedali di Lonato, Leno e Salò non hanno specialità per acuti ma un orientamento prevalentemente psichiatrico-riabilitativo e di supporto diagnostico (poliambulatori, punto prelievi del laboratorio analisi e radiologia).

LA DIREZIONE STRATEGICA HA SEDE A DESENZANO DEL GARDA.

Complessivamente l'Azienda ha 917 posti letto accreditati (di cui 87 per ricoveri in day hospital) e 2.700 dipendenti.

Ognuno dei tre presidi aziendali è dotato di autonomia gestionale, con un direttore responsabile che coordina le diverse attività sanitarie e amministrative sotto i profili organizzativi e igienico-sanitari.

I reparti e i servizi sono altresì articolati in dipartimenti funzionali - interpresidio - che hanno come fine quello di confrontare, coordinare e supportare i reparti/servizi di stessa disciplina o di disciplina affine esistenti nei diversi presidi ospedalieri, per favorire la realizzazione degli obiettivi istituzionali. Fanno eccezione i dipartimenti di emergenza/accettazione, strutturati in conformità con quanto previsto dalle normative regionali (DGR 27099/1997, DCR Lombardia 932/1998).

I dipartimenti dell'Azienda sono i seguenti:

- dipartimento internistico riabilitativo;
- dipartimento delle chirurgie;
- dipartimento materno infantile;
- dipartimento di emergenza e accettazione - Manerbio;
- dipartimento di emergenza e accettazione - Desenzano;
- dipartimento di medicina di laboratorio;
- dipartimento di diagnostica per immagini;
- dipartimento di salute mentale;
- dipartimento amministrativo.

Il presidio è la sede operativa che provvede alla gestione (per gli aspetti organizzativi e igienico-sanitari) degli ospedali e delle strutture a esso afferenti (poliambulatoriali).

La direzione di presidio è composta dal direttore che dirige e coordina il presidio stesso a fini organizzativi assumendone la responsabilità complessiva e si avvale della collaborazione del direttore medico di presidio e del direttore/dirigente amministrativo di presidio per le relative competenze.

Presso la direzione ospedaliera di presidio è presente l'Ufficio Professioni Sanitarie (del comparto) che, di concerto con la direzione di presidio e in sintonia con le direttive fornite dalla Direzione del Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale (SITRA), contribuisce all'individuazione delle risposte ai bisogni di assistenza infermieristica e di natura domestico-alberghiera del cittadino/utente, gestendo direttamente le situazioni contingenti per assicurare la continuità assistenziale e l'attività delle unità operative e dei servizi mediante la presenza di personale infermieristico, di supporto ed ausiliario.

L'attività erogata in regime di ricovero, le prestazioni di Pronto Soccorso e ambulatoriali sono le seguenti (dati consuntivi anno 2008):

- ricoveri in degenza ordinaria: 35.747;
- ricoveri in day hospital: 6.829;
- prestazioni di pronto soccorso: 698.570;
- prestazioni ambulatoriali per esterni: 2.792.603.

Nell'ottobre 2009 buona parte dei contratti atipici sono di natura libero professionale per operatori sanitari che prestano la loro opera in stabilite unità operative dell'ospedale a supporto dei membri dell'equipe (27 medici, 2 biologi, 3 psicologi, 1 infermiere, 1 tecnico di radiologia medica) e sono prevalentemente in scadenza nel corso del 2010. I co.co.co. sono 5, di cui tre psicologi impegnati in progetti finanziati dalla Regione¹. Non ci sono contratti stipulati mediante I5-septies. Vi è un'unica consulenza di direzione a supporto di attività istituzionali (addetto stampa e responsabile del periodico aziendale).

¹ Altri incarichi riguardano un assistente religioso (co.co.co.), un coadiutore amministrativo esperto (co.co.co.), un geometra (libero-professionale) e un medico (contratto libero-professionale per progetto regionale).

C. AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI

L'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi eroga i propri servizi ad un potenziale bacino di utenza di circa 200.000 abitanti.

L'Azienda è attualmente articolata in quattro presidi, ognuno dei quali è composto da una struttura ospedaliera e da poliambulatori territoriali:

- Presidio di Casalpuusterlengo;
- Presidio di Codogno;
- Presidio di Lodi;
- Presidio di Sant'Angelo Lodigiano.

Le funzioni indagate e le loro corrispondenze nella struttura organizzativa dell'azienda (denominazioni e contenuti previsti nel POA - Piano di Organizzazione Aziendale)

TABELLA 6.6	Direzione medica di presidio ospedaliero	Sono presenti due direzioni mediche di presidio: - Lodi/ S.Angelo Lodigiano (che comprende i relativi presidi ospedalieri); - Codogno/ Casalpuusterlengo (che comprende i relativi presidi ospedalieri).
	Dipartimento clinico gestionale ospedaliero	Dipartimento medico
	Acquisti	Approvvigionamenti ed economato (linea alla direzione amministrativa)
	Programmazione e controllo	Controllo di gestione (staff alla direzione generale)
	Gestione del personale	Gestione sviluppo risorse umane (linea alla direzione amministrativa)
	ICT	Sistemi informativi e tecnologie di rete (staff alla direzione generale)
	Ufficio tecnico	Gestione servizi tecnici (linea alla direzione amministrativa)

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

La rilevazione si è svolta attraverso i seguenti strumenti, nell'arco di un mese:

- analisi documentale;
- incontro con il direttore generale;
- interviste semi-strutturate al responsabile delle funzioni aziendali oggetto di rilevazione.

I documenti forniti dalla direzione amministrativa a supporto del presente lavoro sono stati molteplici; ciò ha consentito di rilevare moltissime informazioni estremamente utili ai fini della ricerca.

In particolare è stata fornita la seguente documentazione:

- elenco dei contratti atipici;
- le *job description* dei dirigenti di struttura complessa;
- gli obiettivi di budget;
- il contratto individuale;
- la scheda di valutazione.

Una prima domanda di ricerca aveva l'obiettivo di indagare il volume dei contratti atipici in azienda così da identificare quanto il ricorso a figure "esterne" con competenze specifiche rispetto al ruolo esercitato fosse una pratica consolidata presso l'Azienda.

Nella tabella seguente è riportata la situazione dei contratti atipici sanitari e non sanitari d'importo superiore a 20.000 euro al 31/03/2009. I contratti atipici sono 36 di cui 20 non sanitari e 16 sanitari; numeri che confermano la volontà aziendale di far crescere le risorse interne (Tabella 6.7).

Le *job description* individuate per il personale sono state suddivise in dalla direzione per tipologia di ruolo esercitato, nonché per tipologia di profilo giuridico, ovvero:

- direttore di struttura complessa – area medica;
- direttore di struttura complessa – area professionale;

Contratti atipici attivi al 31 marzo 2009

TABELLA 6.7

Persone	Descrizione centro di costo	Descrizione qualifica regionale	Descrizione
6	Centrale termica Codogno	ope. tecn. spec. - conduttore caldaie a vapore	interinale
3	Sale operatorie Lodi	operatore socio sanitario	interinale
2	Cucina Lodi	ope. tecn. spec. - cuoco diplomato	interinale
2	Pronto soccorso I Lodi	operatore socio sanitario	interinale
2	Degenza donne medicina 3 Codogno	operatore socio sanitario	interinale
2	Controllo di gestione	coadiutore amministrativo	interinale
1	Sistema informativo e tecnologie di rete	assistente tecnico	co.co.co.
1	Gestione gare e servizio legale	coadiutore amministrativo	interinale
1	Direzione amministrativa ospedaliera	coadiutore amministrativo	interinale
1	Protocollo centrale	coadiutore amministrativo	interinale
1	Gestione risorse economico-finanz Lodi	coadiutore amministrativo	interinale
1	Servizio di farmacia ospedaliera Lodi	coadiutore amministrativo	interinale
1	Sistema informativo e tecnologie di rete	coll.re amministrativo prof.le	co.co.co.
1	Neuropsichiatria infantile Lodi	collaboratore prof.le assistente sociale	co.co.co.
1	Controllo di gestione	dir. amministrativo SC	lib. prof
1	Cucina Casalpusterlengo	ope. tecn. sp. - cuoco diplomato	interinale
1	Centrale termica Codogno	ope. tecn. sp. - conduttore caldaie a vapore	Comando c/o AO
1	Officine servizi tecnici Codogno	ope. tecn. sp. - impiantista manutentore idraulico	Interinale
1	Medicina I ed ematologia Lodi	operatore socio sanitario	Interinale
1	Degenza recupero e riabilit funzioni Casalp	operatore socio sanitario	Interinale
1	Degenza geriatria medicina 3 Casalpust	operatore socio sanitario	Interinale
1	Degenza medicina I Lodi	operatore socio sanitario	Interinale
1	Degenza geriatria medicina 3 Casalpust	operatore socio sanitario	Interinale
1	Comunità protetta Lodi	operatore socio sanitario	Interinale
1	Cucina Lodi	operatore tecnico	Comando c/o AO

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

- direttore di struttura complessa – area tecnica;
- direttore di struttura complessa – area amministrativa.

Le job *description* esaminate sono state così costruite:

- *qualifica*;
- *posizione di lavoro*, intendendo le unità operative o i servizi in cui la figura interessata può essere/è proficuamente “impiegata”;
- *dipendenza gerarchica*;
- *relazioni funzionali*;
- *titoli e qualifiche necessarie*;
- *responsabilità professionali, organizzative e gestionali*, ove in modo generale, si identificano i principali spazi di azione del titolare dell’incarico (ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell’ambito degli indirizzi operativi e gestionali della direzione di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l’adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio);

- *sviluppo professionale*, ovvero le prime indicazioni in tema di crescita professionale e di possibilità lavorative legate ad essa (aggiornamento interno/esterno nell'ambito delle problematiche generali comuni (sicurezza, normativa, ecc.) e di quelle peculiari connesse all'attività (approfondimento e studio particolari tematiche; possibilità di conferimento di incarichi dirigenziali di diversa tipologia - sempre in ambito professionale - e/o valore economico con maggiorazione della retribuzione di posizione variabile);
- *modalità di valutazione*, ovvero gli ambiti su cui viene verificata la capacità professionale e i risultati del dirigente.

La *job description* in uso è uno strumento ancora in via di sviluppo che non riesce a specificare responsabilità, attività e competenze del dirigente rispetto all'incarico ricoperto.

Il contratto individuale stipulato tra il direttore di struttura complessa e l'Azienda rappresenta, secondo anche quanto indicato dai CCNLL, il patto di collaborazione che s'instaura tra datore di lavoro e lavoratore. In esso sono indicate in modo chiaro l'attività da svolgere e le caratteristiche dell'incarico. Gli obiettivi annuali sono assegnati in sede di trattativa di budget.

Non esistono contratti individuali ad hoc per i direttori di dipartimento.

Di seguito si riporta un estratto del contratto individuale di un direttore di SC di area amministrativa:

«Le funzioni saranno espletate con le responsabilità professionali, di direzione e organizzative connesse all'incarico assunto ed in relazione agli obiettivi individuati ed alle risorse attribuite.

Annualmente il Direttore Generale provvederà a negoziare con il Direttore il budget e gli obiettivi dell'UO e nella stessa circostanza sarà negoziata l'attribuzione di: risorse umane; risorse tecnologiche; risorse finalizzate all'aggiornamento – formazione.

L'inosservanza o il mancato raggiungimento degli obiettivi concordati possono comportare, previa controdeduzioni del Dirigente, in relazione all'entità dello scostamento ed alla responsabilità accertata, l'affidamento, con provvedimento motivato del Direttore Generale, di un incarico dirigenziale di valore economico inferiore, il collocamento in disponibilità per la durata massima di un anno o la revoca dell'incarico. Si applicano a riguardo la vigente normativa contrattuale, il D. Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche e integrazioni.

Nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda, il Direttore di Struttura Complessa assicura la propria presenza in servizio per garantire il normale funzionamento della struttura cui è preposto e organizza il proprio tempo di lavoro, articolandolo in modo flessibile per correlarlo a quello degli altri dirigenti, per l'espletamento dell'incarico affidato in relazione agli obiettivi e programmi annuali da realizzare in attuazione di quanto previsto dall'art. 65, comma 4 del CCNL 5 dicembre 1996 nonché per lo svolgimento delle attività di aggiornamento, didattica e ricerca finalizzata. Ha comunque l'obbligo di essere a disposizione oltre il proprio orario di lavoro per esigenze connesse all'espletamento delle funzioni affidate ove ricorrano oggettive motivazioni di urgenza o di necessità. Tali adempimenti aggiuntivi trovano corrispettivo nel trattamento economico complessivamente riconosciuto dal presente contratto.

Il Direttore di Struttura Complessa è tenuto a condividere con l'Azienda le modalità con cui documentare: la pianificazione della propria attività istituzionale; le assenze a vario titolo (ferie, malattie, aggiornamento, ecc.); i giorni e gli orari dedicati ad attività extra istituzionale, autorizzata...».

Le schede di budget 2009 per le UUOO amministrative hanno la seguente struttura:

Macro obiettivo	Obiettivo	Figure coinvolte	Descrizione dell'indicatore	Peso
-----------------	-----------	------------------	-----------------------------	------

I macro obiettivi fanno riferimento a:

- rispetto di politiche e procedure aziendali;
- *job description*;
- formazione/aggiornamento del personale;
- integrazione UUOO amministrative e tecniche con realtà sanitarie;
- obiettivo specifico di UO. Questo obiettivo unitamente al macro obiettivo “rispetto di politiche e procedure aziendali”, rappresentano le dimensioni specifiche del lavoro dell’UO alle quali, volendo, si può collegare il modello delle competenze aziendali utili per l’esercizio del ruolo del dirigente.

Anche per l’area sanitaria esiste una scheda budget suddivisa tra obiettivi quantitativi e qualitativi, i primi legati alle attività e ai costi di UO, i secondi agli obiettivi regionali di contenuto sanitario, come il progetto Carta Regionale Sanitaria SISS, la documentazione clinica, la *job description*, i tempi d’attesa per prestazioni ospedaliere e per prestazioni ambulatoriali. Anche in questo caso manca un collegamento con le specifiche dirigenziali utili al conseguimento degli obiettivi attribuiti.

Ad oggi non esistono obiettivi per dipartimento, anche se la trattativa di budget viene effettuata con i direttori di dipartimento. Per i direttori medici di presidio, sono in corso di redazione le schede annuali, il cui contenuto è stato tuttavia identificato in linea di massima con partecipazione agli obiettivi del direttore sanitario aziendale e con applicazione del POA.

La scheda di valutazione del dirigente responsabile di struttura, sia sanitaria che amministrativa, è costituita di due parti, una relativa al raggiungimento degli obiettivi e quindi di *performance* dirigenziale (risultati 50%) e una inerente la professionalità e capacità organizzative e gestionali (50%). Tra queste ultime sono espressamente indicate la capacità di *leadership*, comunicazione e relazioni e la capacità di gestione delle risorse umane, che sono generalmente riprese anche nel set di capacità identificate ai fini del presente lavoro. Si evidenzia, perciò la necessità anche da parte della direzione aziendale di monitorare il profilo dirigenziale del personale apicale in relazione anche a queste competenze distintive che devono trovare riscontro pratico nell’operatività aziendale.

D. ULSS N. 3 DI BASSANO DEL GRAPPA

La ULSS n. 3 è collocata nella provincia di Vicenza ed è strutturata in due distretti, il n. 1 di pianura e il n. 2 di montagna (corrispondente all'Altopiano di Asiago), sui quali insistono complessivamente 28 comuni con una superficie di 822 kmq.

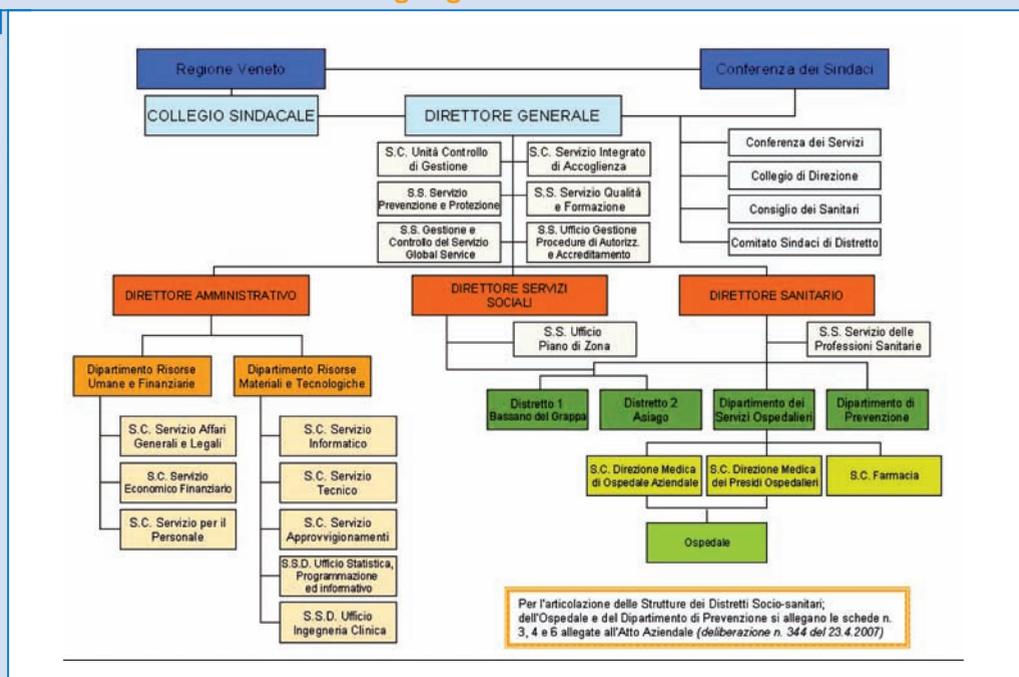
La popolazione residente a fine 2008 era di circa 180.000 abitanti, in aumento di 2000 unità rispetto all'anno precedente. Il 17% della popolazione aveva più di 64 anni. L'incremento demografico è dovuto a saldi positivi, sia del movimento naturale (natalità-mortalità 2‰), sia di quello migratorio (+9,6‰).

La quasi totalità dei cittadini vive nei comuni dell'area collinare (42,5%), a seguire la quota di chi abita in zone di pianura (39,5% in 9 comuni) il restante 12% nei comuni di montagna (Distretto 1). Gli ospedali di riferimento sono due: uno situato ad Asiago (146 postiletto) e l'altro a Bassano del Grappa (544 posti letto, suddivisi in aree medica, riabilitativa, chirurgica, materno-infantile e diagnosi e cura).

L'organigramma dell'azienda è rappresentato nella figura che segue.

Organigramma aziendale

GRAFICO 6.11



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

L'Azienda ha definito una funzione di coordinatore dei direttori di distretto, responsabile del budget complessivo dei distretti e in ciò è coadiuvato dal dirigente amministrativo. In ottemperanza ad una direttiva regionale è stata infatti creata una struttura amministrativa territoriale, struttura complessa a valenza inter-distrettuale.

La dotazione organica complessiva a inizio 2009 era di circa 2.046 operatori (teste), per il 40% composto da personale infermieristico. Complessivamente venti operatori non sono di ruolo, prevalentemente nell'area della dirigenza medica e nel ruolo tecnico.

I contratti atipici per il 2009 riguardano 14 persone, pagate attraverso finanziamenti regionali per

progettualità specifiche come “Osservatorio per l’infanzia e l’adolescenza”, area veterinaria, progetto correlato all’attività dei trapianti e prelievi di organi, ecc. Nessun operatore svolge attività riconducibili alle funzioni amministrative oggetto di analisi.

L’organizzazione dell’ospedale presenta una peculiarità a livello apicale in quanto è stata istituita la figura di un direttore medico dell’ospedale aziendale, con funzione programmatoria e di controllo che collabora direttamente con la direzione strategica, e un direttore medico dei presidi ospedalieri con funzioni di gestione. Il primo definisce gli indirizzi e i coordinamenti per la definizione del budget con i dipartimenti ospedalieri e il piano degli investimenti, mantiene e sviluppa i rapporti con le strutture e i servizi territoriali per favorire l’integrazione tra ospedale e territorio. Il secondo gestisce le risorse e favorisce approcci uniformi clinico-organizzativi.

E. AZIENDA USL DI BOLOGNA

L'Azienda USL di Bologna serve 820.000 persone, su un territorio che comprende 50 comuni (tutta la provincia di Bologna tranne il comprensorio imolese e il comune di Medicina). Vi lavorano quasi 8.400 professionisti, circa 3.000 infermieri, 1.400 medici, con un budget annuale da 1,3 miliardi di euro.

Nel 2004 ha offerto oltre 11 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali; ha assistito a casa 18.000 persone; le sue strutture hanno erogato 80.000 ricoveri (di cui 4.000 parti) e servito 215.000 persone in pronto soccorso.

I distretti territoriali sono sei (Bologna, Casalecchio, Pianura Ovest, Pianura Est, San Lazzaro, Porretta terme).

Gli ospedali gestiti sono nove: Bazzano (86 posti letto), Bentivoglio (221 posti letto), Bologna Bellaria (372 posti letto), Bologna Maggiore (681 posti letto), Budrio (114 posti letto), Loiano (38 posti letto), Porretta Terme (84 posti letto), San Giovanni in Persiceto (145 posti letto), Vergato (76 posti letto). Sul territorio della ASL insistono poi nove case di cura accreditate per un totale di 2.000 letti circa, più l'Aziende Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola Malpighi (1.760 posti letto) e l'IRCCS Rizzoli (320 posti letto). Sul territorio aziendale operano poi nove case di cura private accreditate.

Le strutture residenziali per anziani sono 24, di cui 14 pubbliche, per circa 2.400 posti letto complessivi. Sul territorio operano anche due hospice.

I dipartimenti territoriali sono quelli di Cure Primarie; Integrazione Sociale-Sanitaria; Salute Mentale; Sanità Pubblica.

I dipartimenti ospedalieri sono nove, trasversali rispetto ai diversi stabilimenti gestiti direttamente dalla AUSL: Chirurgico; Emergenza; Materno Infantile; Medico; Neuroscienze; Oncologico; dei Servizi; Igienico Organizzativo.

Questi numeri rendono bene le dimensioni dell'azienda e la complessità gestionale che ne deriva.

La rilevazione ha seguito quanto previsto dal protocollo di ricerca. A un primo incontro con il direttore generale ne sono seguiti altri coi responsabili delle funzioni oggetto d'indagine.

F. AZIENDA USL N. 7 DI SIENA

La Provincia di Siena ha una superficie di 3.821 kmq, una popolazione pari a 263.000 abitanti distribuita su 36 Comuni e presenta una densità della popolazione di 68 abitanti/km2, la seconda più bassa della Regione dopo Grosseto e una delle più basse d'Italia. Appena cinque comuni hanno una popolazione superiore ai 10.000 abitanti e solo Siena e Poggibonsi superano i 20.000. La popolazione è statisticamente una delle più anziane delle Toscana: sia la percentuale degli ultra sessantacinquenni che di ultra settantacinquenni è più elevata della media. Il tasso di mortalità standardizzato per età è uno dei più bassi della Regione. Le principali cause di morte in Provincia sono connesse alle malattie cardiovascolari e ai tumori, seguite dalle malattie respiratorie.

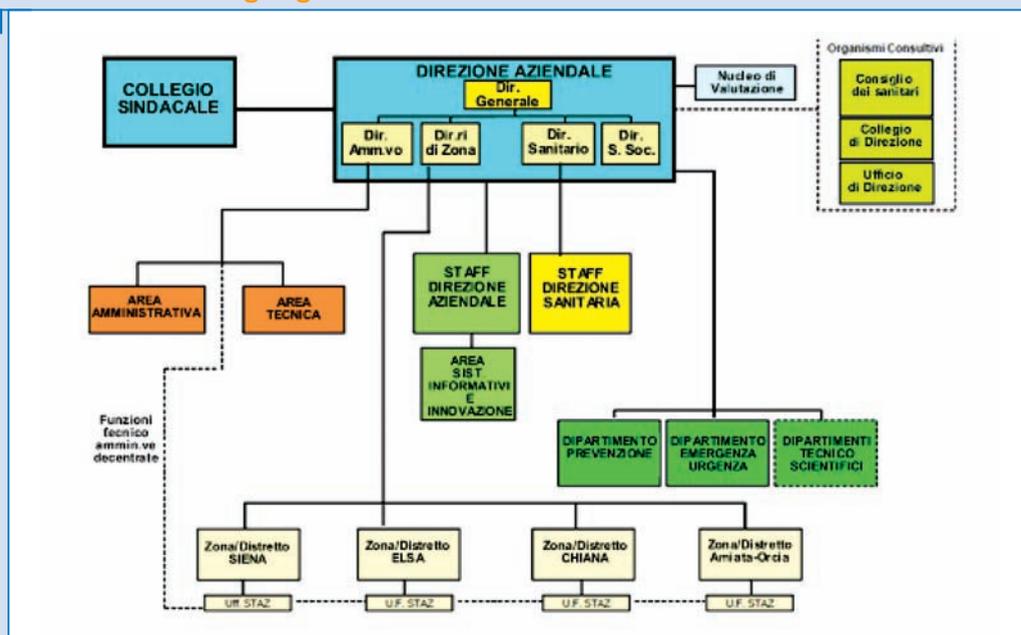
L'offerta è caratterizzata dall'esistenza di tre presidi ospedalieri di Azienda USL7 (Val d'Elsa a Poggibonsi, Val di Chiana a Nottola, Amiata ad Abbadia San Salvatore) e dal presidio dell'AOUS (Azienda Ospedaliera Universitaria Senese), presidio di riferimento per i ricoveri dei residenti nella Zona Senese e di alta specializzazione per l'intera Area Vasta Sud-Est (Province di Arezzo, Siena e Grosseto) del Servizio Sanitario Regionale toscano. L'assistenza territoriale è basata su quattro Zone-Distretto (LR 40/2005, poi modificata dalla LR 60/2008): Alta Val d'Elsa, Val di Chiana Senese, Amiata Senese e Val d'Orcia, Senese.

L'insieme dei servizi sanitari e sociali che l'Azienda fornisce ai cittadini è organizzato per ogni Zona in tre aree funzionali: Prevenzione, Distretto e Ospedale.

La dotazione organica complessiva a dicembre 2008 era di 2.396 unità.

Organigramma centro direzionale e funzioni USL

GRAFICO 6.9



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

L'organizzazione aziendale si sviluppa a matrice, combinando la linea funzionale (che nella terminologia del SSR toscano garantisce l'organizzazione del lavoro e il raggiungimento degli obiettivi attraverso le strutture "di processo") e la linea professionale (che nella terminologia del SSR toscano garantisce lo sviluppo e la verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni

professionali). Sono quindi strutture funzionali le zone-distretto, i presidi ospedalieri, le unità funzionali multi-professionali (che costituiscono i processi di erogazione dei servizi), i dipartimenti funzionali, mentre sono strutture professionali le unità operative, ciascuna “proprietaria” di una specifica linea professionale e i dipartimenti tecnico-scientifici, che consentono di indirizzare e monitorare specifici percorsi sanitari e assistenziali.

L'Azienda ha attivato dei Coordinamenti ovvero gruppi di lavoro costituiti da più strutture; tali gruppi si riuniscono periodicamente per la gestione e il monitoraggio di processi permanenti. Ogni coordinamento ha un responsabile, che risponde direttamente alla Direzione aziendale. Ad oggi sono previsti i seguenti coordinamenti:

- politiche del budget;
- politiche del personale;
- gestione della qualità totale (TQM);
- gestione dell'informazione;
- gestione dello sviluppo tecnologico informatico;
- gestione coordinamento donazioni d'organo;
- gestione coordinamento tecnico-amministrativo di Zona.

Infine, una specificità di cui tener conto è la presenza, nel SSR toscano, delle società della salute, che nel gennaio 2010 sono subentrate alle zone-distretto (LR 40/2005) (cfr. Box).

Le Società della salute

BOX 6.1

Le SDS sono organismi consortili finalizzati a promuovere la salute dei cittadini, non solo attraverso i percorsi di assistenza sanitaria e sociale, ma anche mediante la sperimentazione di nuovi modelli per la gestione dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari territoriali e il presidio degli altri determinati di salute, quali la salubrità dell'ambiente, la promozione di corretti stili di vita, le politiche abitative e del lavoro. La SDS ha come ambito di pertinenza il territorio di una zona/distretto. Tale organismo assicura la partecipazione degli Enti Locali al governo, alla programmazione e, eventualmente, anche alla gestione dei servizi, promuovendo il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute della popolazione e nel processo di programmazione. La SDS è guidata da una Giunta composta dai rappresentanti degli organi pubblici consorziati (comuni e Azienda USL) e si avvale:

- della Consulta del terzo Settore, composta dai rappresentanti delle organizzazioni locali del terzo settore;
- del Comitato di Partecipazione, composto da cittadini rappresentanti dell'associazionismo locale e delle forze sociali.

Questi due organismi rappresentano quindi tutti gli stakeholder interessati dal sistema, ed hanno funzione di confronto e condivisione sugli obiettivi di salute. La programmazione strategica delle SDS si articola attraverso un percorso di analisi dei bisogni e delle priorità (Profilo di salute) e una successiva traduzione in linee strategiche e progetti operativi (Piani integrati di salute).

G. AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

L'Azienda Ospedaliera di Perugia, comprendente la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Perugia, costituisce un'Azienda di Alta Specialità che, per il complesso di tecnologie, di specifiche professionalità che operano al suo interno, per capacità produttiva e tipologia di prestazioni fornite, rappresenta un punto di riferimento sia per i residenti umbri che per i cittadini provenienti dalle altre Regioni. Le strutture specifiche di alta complessità secondo la DRG 1026/2006 presenti in Azienda comprendono la cardiocirurgia, la cardiologia interventistica, la chirurgia vascolare, le chirurgie oncologiche, la neurochirurgia e chirurgia toracica, l'emergenze, la nefrologia e trapianto di rene, l'ematologia con trapianto di midollo osseo, l'oncoematologia pediatrica, la neuroradiologia interventistica, la radioterapia oncologica, la medicina interna e vascolare con stroke-unit, l'unità spinale unipolare e malattie infettive. L'Azienda rappresenta inoltre:

- centro di riferimento oncologico interaziendale regionale;
- centro interaziendale per la sorveglianza delle infezioni da HIV e infezioni nosocomiali;
- centro di riferimento regionale per gli impianti cocleari, l'appropriatezza prescrittiva, la genetica medica, l'epilessia, i trapianti d'organo, la procreazione medicalmente assistita;
- centro coordinamento sangue regionale;
- centro regionale per la promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza in ambito clinico (CER-PEA);
- centro di riferimento per la malattia diabetica e di gastroenterologia, epatologia ed endoscopia digestiva.

È inoltre presente il servizio immunotrasfusionale con biologia molecolare.

Nel dicembre 2008 si è concluso il trasferimento presso il nuovo ospedale.

Nel febbraio 2009 è partita la riorganizzazione dei dipartimenti, tuttora in corso.

Le strutture in staff alla direzione generale sono:

- bioingegneria e ingegneria clinica;
- controllo di gestione e sistema informativo;
- ufficio di medicina legale e documentazione clinica;
- valutazione del personale.

H. AZIENDA USL ROMA E

L'Azienda USL Roma E ha come ambito territoriale di riferimento quattro Municipi del Comune di Roma: XVII, XVIII, XIX e XX, per una superficie di 329 Km^q.

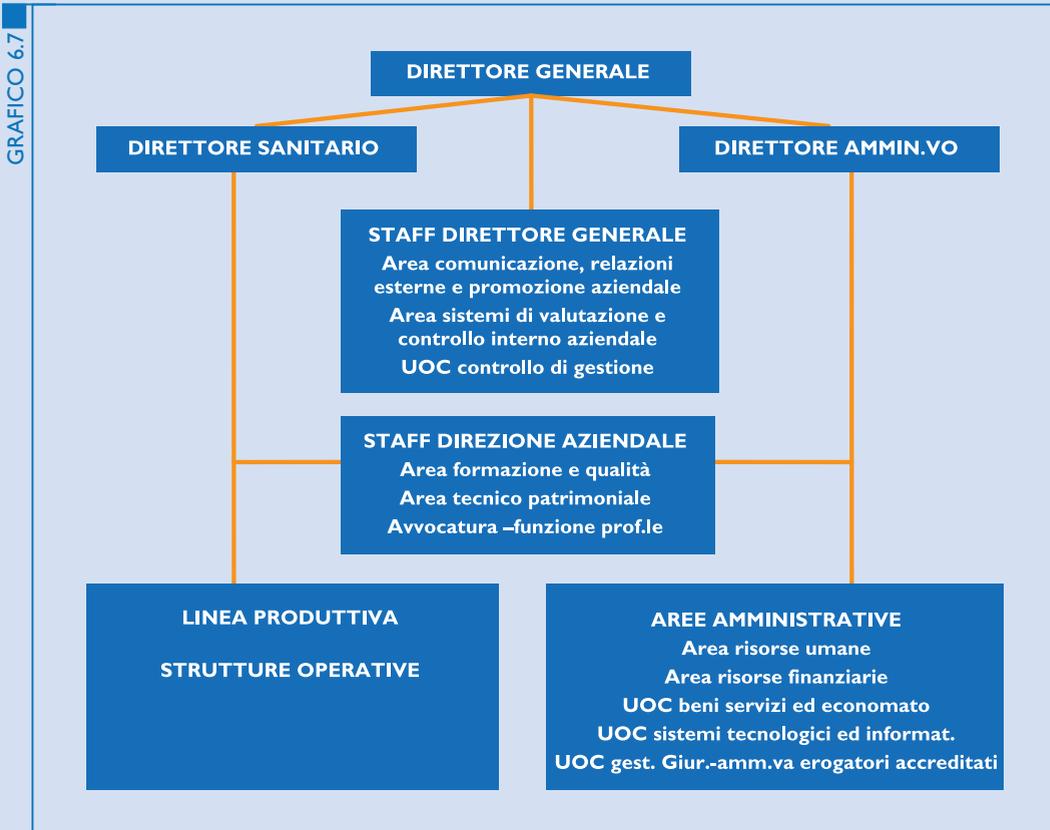
La popolazione residente sul territorio aziendale è di circa 530.000 persone.

Il personale dipendente in servizio al luglio 2008 era di 2.559 unità (1.874 ruolo sanitario; 8 ruolo professionale; 293 ruolo tecnico; 384 ruolo amministrativo).

L'Assistenza Sanitaria territoriale è garantita da quattro Distretti Sociosanitari (uno per ogni Municipio) e Dipartimenti ed Aree di Coordinamento che assicurano anche l'integrazione Ospedale - Territorio. L'assistenza ospedaliera è invece assicurata dal Polo Ospedaliero Santo Spirito (Ospedale Santo Spirito e Presidio Villa Betania) e dall'Ospedale Monospecialistico Oftalmico. Ai fini della presente analisi è interessante descrivere brevemente l'evoluzione organizzativa che hanno caratterizzato la *linea* amministrativa e lo staff direzionale negli ultimi anni.

Nel 2003 l'organigramma dell'azienda si presentava come nella figura che segue.

La struttura organizzativa dell'Azienda USL RM E nel 2003



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Nel 2007 fu avviata un'analisi organizzativa in merito alla funzione amministrativa e di staff, dalla quale emersero alcune criticità, che dettero luogo ad alcune ipotesi di ristrutturazione.

Prima di tutto si riteneva necessario eliminare la triplice divisione della direzione proponendo un'unica direzione strategica, dove fossero, comunque, rispettate le specifiche competenze; in

questo modo si assicurava una maggiore e più semplice forma di collaborazione tra le figure strategiche dell'azienda e un maggior livello di informatizzazione.

Bisognava, poi, potenziare le funzioni di "staff della direzione strategica", creando un sistema più organico e razionale delle strutture aziendali. Per ottenere un rinnovamento delle funzioni amministrative e di staff era necessario un maggior accentramento dell'organizzazione amministrativa, in modo tale da diminuirne la presenza sul territorio, ma senza diminuire il livello del servizio reso, grazie all'utilizzo di supporti informativi e all'organizzazione di sportelli polifunzionali periferici. In questo senso era fondamentale investire sugli strumenti informativi, ma anche sulla formazione in generale.

Era importante, poi, cercare di ridefinire i meccanismi operativi relativi alla programmazione e controllo e alla valutazione dei risultati e realizzare attività di project management rispetto a progetti strategici specifici, così da poter raggiungere obiettivi concretamente innovativi.

Quindi la proposta organizzativa si componeva di una direzione strategica supportata da uno "staff di direzione strategica" e chiamata a gestire da un lato la linea produttiva e dall'altro un dipartimento amministrativo articolato in sei strutture complesse: Affari generali, Economato e provveditorato, Risorse economiche e finanziarie, Risorse umane, Sistemi informativi e informatici, Tecnico-patrimoniale.

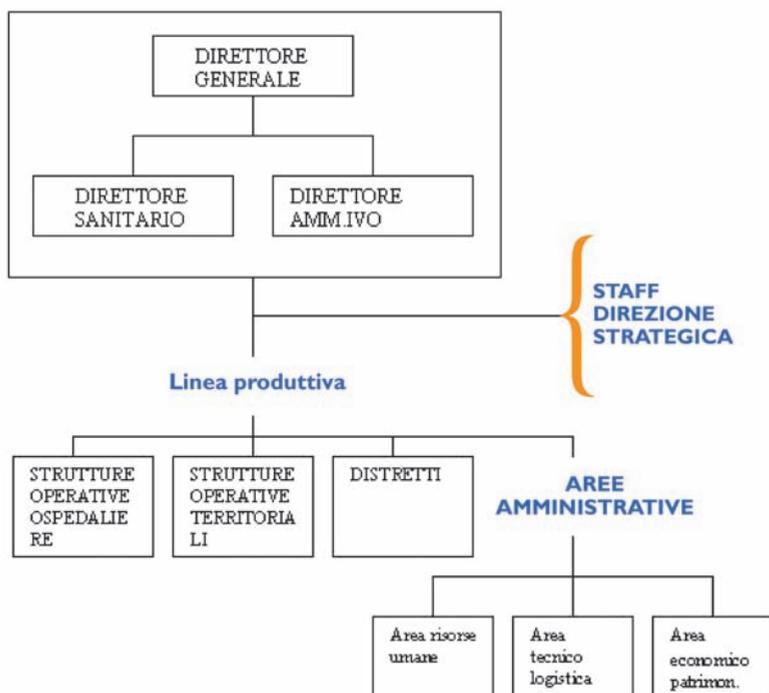
La proposta per lo staff di direzione strategica prevedeva quattro aree: Innovazione e sviluppo (pianificazione e controllo strategico, qualità del sistema, relazioni con il cittadino, comunicazione e marketing, patrimonio storico e artistico²); Gestione delle risorse umane (sviluppo delle risorse umane, regolazione dei rapporti sindacali, formazione, mobilità del personale); Governo clinico (appropriatezza clinica e rispetto delle linee guida, elaborazione di sistemi di sicurezza, sostenimento di "knowledge management" che contribuisce ad accrescere le conoscenze e le competenze tecnico-scientifiche, applicazione di sistemi di HCTA); Programmazione e controllo (programmazione sanitaria, programmazione sociale, contratti di fornitura e controllo delle prestazioni acquisite, controllo di gestione, attività di certificazione e supporto degli organismi di controllo, servizio ispettivo).

² In considerazione della rilevanza storico culturale ed artistica del patrimonio affidato all'azienda, rappresentato dal Complesso Monumentale Santo Spirito, il Comprensorio del Santa Maria della Pietà e quindi dall'impegno che la stessa si assunta nell'attivare forme di tutela e valorizzazione del patrimonio artistico e culturale.

Dopo una serie di valutazioni si optò per l'organizzazione descritta nella figura seguente.

“Organizzazione definita”

GRAFICO 6.8



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Tale configurazione poneva in staff le attività che nella proposta di riorganizzazione configuravano l'area Innovazione e sviluppo, Governo clinico e Programmazione e controllo, senza recuperare invece le attività dell'area Gestione delle risorse umane.

Attualmente l'organizzazione aziendale si articola in tre macro-aggregazioni: Polo ospedaliero, Territorio, Servizi centrali.

Infine, al gennaio 2010 l'azienda si avvaleva di circa 80 contratti di collaborazione coordinata e continuativa (di cui circa la metà attivati dai servizi di epidemiologia e altri 10 presso il SERT); di circa 20 contratti libero-professionali; di una borsa di studio attivata nell'area della qualità e del rischio clinico; di una consulenza affidata a un avvocato presso gli affari generali.

I. IRCCS ISTITUTO NAZIONALE TUMORI FONDAZIONE G. PASCALE DI NAPOLI

La Fondazione Pascale è un IRCCS oncologico fondato a Napoli nel 1920. Attualmente dispone di circa 300 posti letto effettivi. Altri 100 posti letto, che al momento della rilevazione erano disattivi per opere di manutenzione straordinaria, saranno nuovamente disponibili tra breve. La dotazione organica è formata da 580 dipendenti, mentre il finanziamento, nella forma di *global budget*, è pari a 100 milioni di euro che la Regione Campania eroga in gran parte attraverso l'Assessorato alla Sanità e in minima parte attraverso l'Assessorato alla Ricerca Scientifica e Tecnologica.

Il protocollo d'intesa, firmato nel 2007, ha aumentato il budget globale del Pascale da 60 a 100 milioni allo scopo di potenziare le attività cliniche e ridurre la mobilità extraregionale in uscita. La complessità aziendale dell'IRCCS Pascale è piuttosto ridotta rispetto ad altre aziende sanitarie pubbliche sia per le dimensioni sia per la sua natura monospecialistica. Ciò detto, tale limitata complessità strutturale è almeno in parte controbilanciata dalla co-presenza di ruoli clinico-assistenziali e ruoli di ricerca, le cui funzioni sono separate dal punto di vista fisico, della *governance* (esiste un direttore generale e un direttore scientifico) e del finanziamento. Le due culture organizzative hanno interessi, obiettivi e valori almeno in parte diversi, che si sono tradotti nel tempo in logiche e sistemi di gestione differenti, che hanno reso il coordinamento e l'allocazione delle risorse un processo lungo, complesso e a volte conflittuale che, soprattutto in passato, ha generato una "paralisi strategica". L'esempio tipico di questa distorsione è rappresentata dall'assenza di meccanismi operativi di (i) programmazione e controllo e di (ii) gestione del personale, che seppur previsti, anche con ruoli specifici, nel piano di riorganizzazione (approvato con DGR 1739/2007), non sono stati utilizzati e sviluppati.

Dopo anni d'instabilità istituzionale, con la direzione aziendale affidata a vari commissari, nel 2005 si è insediato come direttore generale un docente universitario, che era stato a metà del decennio precedente anche Assessore Regionale alla Sanità, che ha avviato un processo partecipativo di *turnaround* volto al miglioramento della produttività e della specializzazione dell'IRCCS, attraverso la riorganizzazione dei dipartimenti assistenziali per organo e patologia e l'integrazione al loro interno dei dirigenti del ruolo "ricerca".

Questa logica è stata parallelamente seguita da una riorganizzazione del dipartimento amministrativo, dove si è preferito rafforzare le funzioni attraverso l'affidamento d'incarichi a persone giovani e qualificate con pregresse valide esperienze professionali.

L'IRCCS opera in un SSR che al momento della rilevazione si trovava sottoposto a un Piano di rientro (definito nel 2007) che ha comportato la riduzione dei finanziamenti alle aziende sanitarie pubbliche in base a restrittivi obiettivi di spesa per singola voce di bilancio. Inoltre nel 2008 la Regione ha approvato un piano di riordino del sistema ospedaliero che disattiva centinaia di posti letti sia pubblici sia privati. L'Assessorato alla Sanità è stato commissariato dal Consiglio dei Ministri il 26 luglio 2009. Nell'aprile del 2009 il direttore generale della Fondazione Pascale è diventato nuovamente Assessore Regionale alla Sanità, mentre il suo direttore amministrativo svolge *ad interim* le sue funzioni presso l'IRCCS.

Il clima aziendale negli ultimi anni era decisamente migliorato e il piano di riorganizzazione procedeva secondo i tempi e le modalità previste. La nomina del direttore generale ad Assessore ha enfatizzato il ruolo delle funzioni amministrative e del direttore sanitario e dei capidipartimento nel seguire l'implementazione del piano.

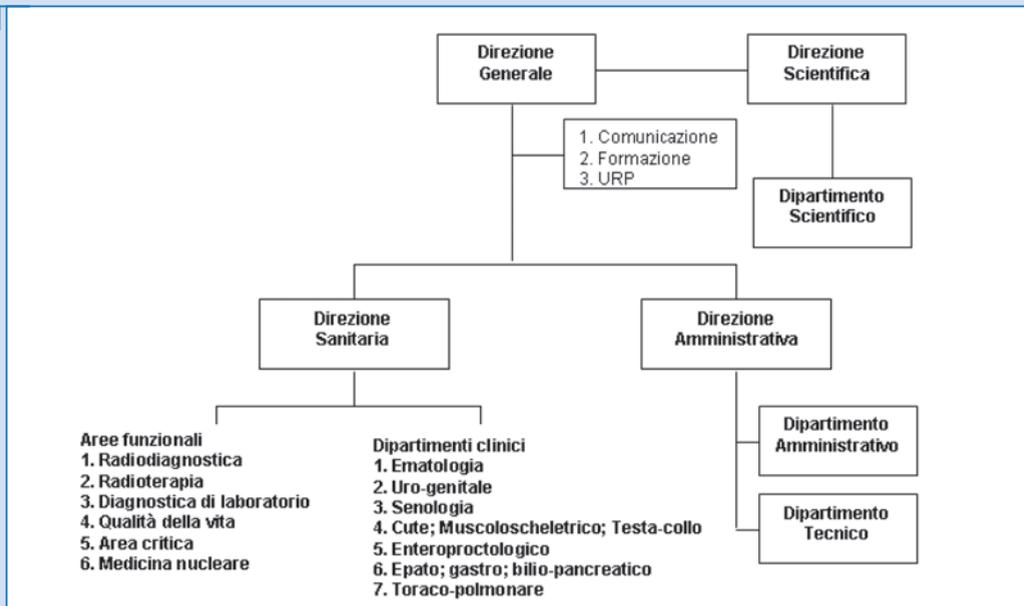
Il piano di riorganizzazione sintetizza il progetto di *turnaround* avviato. La premessa contiene i principi ispiratori, la filosofia del progetto di riorganizzazione, come ad esempio l'integrazione dei ricercatori nei dipartimenti d'organi. La prima parte sintetizza i risultati dell'analisi ambien-

le: il quadro normativo; il ruolo degli IRCCS e la *performance* pregressa del Pascale. La terza parte esplicita gli obiettivi strategici: la nuova organizzazione dipartimentale; l'aumento degli standard assistenziali e la focalizzazione sulle patologie complesse; il Pascale come nodo centrale della rete oncologica regionale, come motore del contenimento della spesa farmaceutica nella Regione e della migrazione extra-regionale. La quarta parte illustra le finalità del progetto: l'aumento dei livelli di produttività e specializzazione; il rafforzamento del sistema delle competenze e delle risorse (attraverso l'introduzione del *disease management* e del *case management*); il rafforzamento del proprio profilo competitivo. La quinta e ultima parte presenta il piano economico-finanziario che riprende in forma quantitativa l'analisi della *performance* del Pascale; presenta alcuni indici di benchmark competitivo; determina il fabbisogno finanziario per realizzare la nuova strategia e valuta l'impatto degli effetti attesi (costi e benefici), terminando con un'analisi di sensitività.

La riorganizzazione dipartimentale è sintetizzata nel riquadro successivo.

Organizzazione dipartimentale

GRAFICO 6.10



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

L'organizzazione dei dipartimenti non clinici è presentata nella tabella successiva.

Organizzazione dei dipartimenti non clinici

TABELLA 6.9

Dipartimento amministrativo	Dipartimento tecnico	Dipartimento scientifico
AA.GG.	Gestione servizi tecnici	Biologia molecolare
Della ricerca*	Tecnologie sanitarie	Farmacologia sperimentale
Gestione RR.UU.	AA.LL:	Genomica funzionale
Gestione risorse economico-finanziarie		Biologia cellulare e bioterapie
Controlli e sistema informativo		Sperimentazioni cliniche
Gestione beni e servizi		Progressione neoplastica
		Sperimentazione animale

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

La nostra ricerca ha interessato le seguenti funzioni aziendali:

- Gestione beni e servizi (acquisti);
- Gestione risorse economico-finanziarie (programmazione e controllo e ICT – information and communication technology);
- Dipartimento di senologia (dipartimento clinico gestionale ospedaliero);
- Direzione sanitaria aziendale (DMPO – direzione medica di presidio ospedaliero);
- Gestione RR.UU. (gestione del personale);
- Gestione servizi tecnici (ufficio tecnico).

Nel caso della Fondazione Pascale, non esiste un distretto socio-sanitario e il dipartimento di ICT, sebbene previsto nel piano di riorganizzazione e in fase di realizzazione, non risulta ancora attivo.

Le due tabelle che seguono riportano alcune informazioni relative all'azienda nel suo complesso e alle funzioni oggetto d'analisi.

Informazioni sintetiche sull'azienda e i suoi sistemi operativi

TABELLA 6.10	Descrizione	Nota	Fonte
	Organico complessivo	960	Piano di riorganizzazione al 12.11.2007
	Dotazione organica specifica	Dal sistema di contabilità del personale è stato estratto un elenco anagrafico dei dipendenti. Il personale è distinto per centro di costo; è, inoltre, possibile distinguere per ogni funzione, la relativa qualifica di appartenenza	Sistema informativo del Personale
	Contratti atipici dal 30 marzo 2009	4 ex art. 15 septies; Il co.co.co.	Estratto dal Sistema informativo del Personale
	Atto aziendale/regolamenti/Pd	Il piano di riorganizzazione è parte integrante del protocollo di intesa con la Regione e definisce gli obiettivi e l'organizzazione dell'IRCCS	
	Piani attuativi		
	Obiettivi di budget 2009	Non fissati	
	Obiettivi/contratti individuali	Non esistono obiettivi contrattuali, semplicemente funzioni da assolvere. Il regolamento del dipartimento amministrativo disciplina nel dettaglio solo i ruoli di responsabilità delle seguenti funzioni: acquisti, p&c. risorse umane	

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Informazioni circa l'organizzazione interna delle funzioni oggetto d'esame

TABELLA 6.11	Funzione	Totale	Note
	Acquisti	21	S.C. gestione beni e servizi
	Programmazione e controllo	11	S.C. gestione risorse economico finanziarie
	Dipartimento clinico gestionale ospedaliero		S.C.
	Direzione medica di presidio ospedaliero	88	S.C.
	Gestione del personale	14	S.C. gestione risorse umane
	Information & Communication Technology		
	Ufficio tecnico	17	S.C.

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

J. AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO DI POTENZA

Fino al 31.12.2008 il SSR lucano era strutturato in cinque ASL, un'Azienda ospedaliera, un Centro di ricerca oncologico a carattere scientifico, un Ente per il coordinamento del sistema dell'emergenza-urgenza, una casa di cura accreditata, 64 strutture territoriali private accreditate (di cui 56 ambulatori e laboratori, 7 centri di riabilitazione e una RSA - ex ospedale psichiatrico) e quattro strutture autorizzate e non accreditate.

Con la LR 12/2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale", quest'articolazione è stata modificata. Dall'01/01/2009 entrano in funzione le Aziende sanitarie locali delle province di Potenza (ASP) e Matera (ASM), l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo (AOR) per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri e l'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

All'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo appartengono l'omonimo presidio di Potenza e il presidio San Francesco di Paola di Pescopagano, accorpato al primo con LR 1/2007.

La dotazione organica aziendale è di 2.688 unità, anche se i dipendenti di ruolo effettivamente in servizio al 16 agosto 2008 erano solamente 1.829. A questi si aggiungono tre contratti ex art. 15 septies d.lgs. 502/92.

Le funzioni di staff della direzione strategica individuate dall'atto aziendale aggiornato nel giugno 2009 sono le seguenti:

- UOC controllo di gestione;
- UOC affari legali, contenzioso e assicurativo;
- UOC. servizio informativo ospedaliero;
- UO formazione, informazione e comunicazione;
- UO epidemiologia e programmazione sanitaria;
- Servizio di prevenzione e protezione;
- Nucleo operativo di controllo;
- Nucleo di valutazione;
- Servizio affari generali e relazioni sindacali;
- Servizio flussi documentali.

La Tabella 6.8 e il Grafico 6.3 illustrano l'articolazione delle direzioni sanitaria e amministrativa, nell'ambito delle quali sono collocate diverse delle funzioni gestionali analizzate nel corso della ricerca.

Ad eccezione dei dipartimenti interaziendali, i dipartimenti assistenziali sono i seguenti:

- Alta specialità del cuore e grossi vasi;
- Chirurgico;
- Clinico assistenziale e oncologico;
- DEA;
- Della donna e del bambino;
- Internistico;
- Medicina fisica e riabilitazione;
- Nefro-urologico;
- Neuroscienze;
- Oncologico;
- Servizi diagnostici.

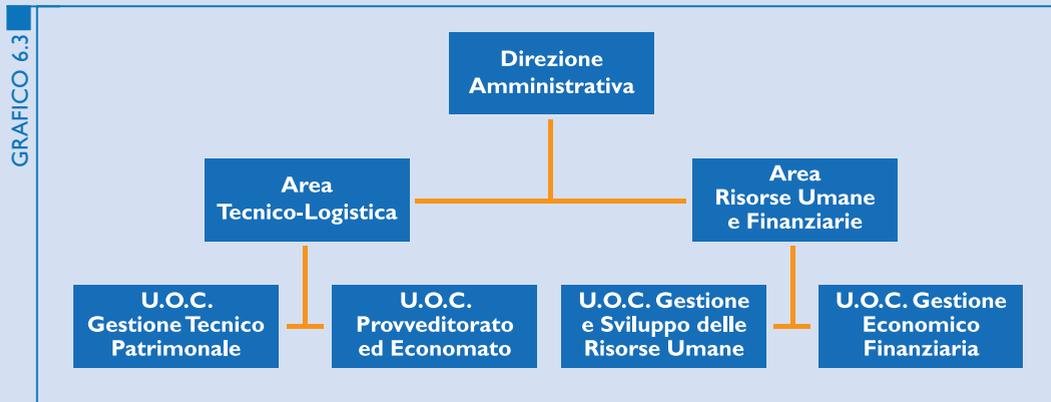
Strutture organizzative di direzione sanitaria

TABELLA 6.8

Denominazione struttura	Strutture semplici di U.O.C.
U.O.C. Direzione Medica del Presidio "Ospedale San Carlo" di Potenza	Medicina del Lavoro
	Psicologia Clinica
	Ingegneria Clinica
U.O.C. Farmacia Ospedaliera	Farmacia di Pescopagano
U.O.C. Igiene Ospedaliera e gestione delle tecnologie sanitarie	
U.O.C. Medicina Legale	
U.O.C. Qualità, Risk Management - Accreditemento	
S.S.D. Laboratorio Galenica Clinica - U.Ma.C.A.	
S.S.D. Direzione Medica del Presidio "San Francesco di Paola" di Pescopagano	
S.S.D. Fisica Sanitaria	
Servizio Infermieristico, Tecnico Sanitario e della Riabilitazione - S.I.T.R.A.	

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Strutture organizzative di Direzione Amministrativa



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

K. AZIENDA OSPEDALIERA CIVICO – DI CRISTINA – BENFRATELLI DI PALERMO

L'Azienda Ospedaliera Civico – Di Cristina – Benfratelli, già individuata con d.p.c.m. del 31/08/1993 quale "Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione" è stata istituita con L.R. 34/1995 ed ha iniziato la sua attività il 10 luglio 1995, come stabilito dal decreto del Presidente della Regione Siciliana 189/1995.

L'Azienda, dotata di oltre 1000 posti letto, (diventeranno 940 in attuazione della L.R. 5/2009) partecipa ai programmi nazionali e regionali nei settori dell'emergenza, dei trapianti, della prevenzione, della tutela materno-infantile e delle patologie oncologiche, e svolge attività didattiche e di ricerca.

In collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Vincenzo Cervello di Palermo e con l'Università di Pittsburgh (Pennsylvania, USA) l'Azienda Civico – Di Cristina – Benfratelli ha costituito, sotto forma di società di diritto civile a responsabilità limitata, l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e le Terapie ad alta specializzazione (IsMeTT), che svolge la sua attività all'interno dell'Ospedale "Civico e Benfratelli".

L'Azienda è sede del coordinamento regionale prelievo e trapianto d'organo per l'area di Palermo, Caltanissetta e Trapani e del servizio di urgenza – emergenza sanitaria 118 per le province di Palermo e Trapani.

Gli ospedali che compongono l'Azienda sono tre:

- "Civico e Benfratelli", ospedale generale dotato di un dipartimento di emergenza e di 44 unità operative di diagnosi e cura di tutte le discipline specialistiche a basso, medio ed elevato livello di assistenza, nonché una di serie di strutture di terapia intensiva, per oltre 700 posti letto complessivi;
- "Giovanni Di Cristina", ospedale pediatrico (238 posti letto) sede del Dipartimento di Pediatria, dotato di un pronto soccorso pediatrico e di 15 unità operative di diagnosi e cura;
- "Maurizio Ascoli", ospedale oncologico sede del dipartimento oncologico, con 9 unità operative di diagnosi e cura (circa 100 posti letto).

L'organico dell'Azienda è costituito da circa 3800 dipendenti (662 medici, 1175 infermieri) di cui 126 a tempo determinato e 5 con contratto 15 septies (tutti e cinque usati per direttori di struttura complessa di ruolo sanitario).

Per i dipartimenti strutturali gli obiettivi di qualità e di risultato sono assegnati ai capi dipartimento che a cascata li assegnano ai responsabili di UU.OO.

Per i dipartimenti funzionali gli obiettivi sono di qualità; i singoli budget sono negoziati dalle singole UUOO con la Direzione senza l'intermediazione del capo dipartimento.

Lo Staff della direzione generale è composto dai seguenti Uffici:

- UO sistema qualità aziendale e accreditamento;
- UO formazione permanente ed aggiornamento del personale;
- UO sistema informativo e statistico;
- UO programmazione e controllo di gestione;
- ufficio relazioni con il pubblico;
- servizio prevenzione e protezione;
- servizio sorveglianza sanitaria.

Il modello organizzativo definito dall'Atto Aziendale è quello dipartimentale, rivolto a razionalizzare e valorizzare al massimo le risorse di personale, mezzi tecnici e finanziari. I dipartimenti sono i seguenti:

- dipartimenti strutturali:
 1. dipartimento oncologico
 2. dipartimento pediatrico
- dipartimenti funzionali che negoziano budget:
 1. dipartimento di medicina
 2. dipartimento di chirurgia
 3. dipartimento di tutela della donna e della vita nascente
 4. dipartimento di neuroscienze
 5. dipartimento cardiovascolare
- dipartimenti funzionali che non negoziano budget:
 1. dipartimento delle emergenze-urgenze
 2. dipartimento igienico – organizzativo
 3. dipartimento di anestesia e rianimazione
 4. dipartimento di diagnostica di laboratorio
 5. dipartimento di radiologia.

Il dipartimento amministrativo si articola nelle seguenti aree:

- area risorse umane;
- area risorse economiche;
- area gestione provveditorato e gestione tecnica;
- area affari generali, legali e patrimonio.

7. FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE ACQUISTI

7.1. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA FUNZIONE

La funzione acquisti delle aziende sanitarie italiane negli ultimi anni ha attirato l'attenzione della letteratura sia professionale sia accademica.

Le prime analisi di economia aziendale sono comparse a metà degli anni novanta, a seguito delle responsabilità assegnate alle nuove aziende del SSN e alla ricerca di spazi di azione manageriale all'interno delle regole degli appalti pubblici, ad alcune innovazioni tecnologiche che mettevano in evidenza potenzialità di forti innovazioni tecniche future, al rafforzamento dell'azione di governo economico dei gruppi regionali (Gugliatti, 1994a e 1994b; Dalla Longa, 1996; Molignini, 1996).

Tale evoluzione è stata sostenuta anche dalle innovazioni normative promosse a livello di Unione Europea (Pintus, 2002), che allargavano almeno parzialmente il campo dell'aggiornamento giuridico. Gli sviluppi dell'*e-procurement*, dal canto loro, sebbene apparissero a tutti gli osservatori assai importanti (Bertini e Sciandra, 2002a e 2002b; Federici et al. 2004), chiedevano competenze informatiche spesso completamente nuove, se si tiene conto di quanto rilevato da Bianchi et al. (2002) e cioè che circa il 30% degli uffici di provveditorato-economato delle aziende sanitarie pubbliche italiane a inizio 2001 era sprovvisto di una connessione permanente a internet.

L'ultimo decennio in particolare ha visto una forte attenzione ai processi di specializzazione istituzionale o aziendale, con la definizione di soluzioni istituzionali sovra-aziendali promosse dalle Regioni per il proprio SSR (Meneguzzo e Buccoliero, 1999; Roversi et al., 2002; Meneguzzo et al., 2004; Brusoni e Marsilio, 2007) e, negli ultimissimi anni, alcuni tentativi di valutare l'efficacia di tali esperienze (Brusoni et al., 2008; Vainieri et al., 2009).

In generale gran parte dell'attenzione da parte della letteratura aziendale italiana è stata volta ad analizzare le evoluzioni normative, istituzionali e tecnologiche della funzione, il più delle volte non occupandosi delle competenze manageriali necessarie ad accompagnare efficacemente quei cambiamenti.

7.2. ASPETTATIVE E PERCEZIONI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

Nelle percezioni delle direzioni aziendali la funzione acquisti negli ultimi anni ha vissuto importanti innovazioni, soprattutto per i tentativi fatti da molte Regioni per razionalizzare e accentrare gli approvvigionamenti a un livello sovra-aziendale. In generale tale

tendenza è vista con favore dalle direzioni aziendali, soprattutto per gli acquisti più importanti, che da un lato impegnano risorse economiche rilevanti - e su cui quindi i potenziali di risparmio sono maggiori - e dall'altro possono richiedere competenze particolari, non necessariamente presenti in azienda, soprattutto quando si tratta di apparecchiature per l'acquisto delle quali è opportuno il supporto di una funzione d'ingegneria clinica adeguata.

Lì dove le innovazioni istituzionali e organizzative di accentrimento sono state avviate già qualche anno fa, la funzione a livello aziendale sta affinando il suo ruolo di programmazione (da raccordarsi con gli altri servizi) e controllo, eventualmente spostando l'attenzione su aspetti di logistica e distribuzione interna. In altre Regioni invece le innovazioni istituzionali e l'accentrimento sovra-aziendale sono tuttora in corso o ancora in progetto. In ogni caso esse sono viste positivamente, sia per le economie di scala conseguibili, sia per quelle di conoscenza (e quest'ultimo punto è sottolineato soprattutto da direzioni di aziende con dimensioni limitate).

Nelle percezioni delle direzioni aziendali, spesso i fornitori vedono la centralizzazione sovra-aziendale come «un attentato alla propria autonomia». Essi cioè vivono con sospetto o comunque con sofferenza tale evoluzione, che gli toglie attività e potere. E queste preoccupazioni sono state alla base anche di molto dibattito interno alla funzione. Non limitandosi alle sole aggregazioni sovra-aziendali, in alcuni casi le direzioni si dicono pronte a valutare eventuali sperimentazioni gestionali o anche esternalizzazioni per alcune attività svolte dalla funzione.

In generale, le direzioni aziendali considerano professionali e affidabili i servizi di provveditorato. In alcuni casi la funzione è considerata «la più evoluta tra quelle di *line* amministrativa», sia come ruolo, sia come competenze tecniche-professionali («nella mia esperienza ho sempre trovato persone che facevano il loro dovere»).

Per queste ragioni, la funzione è considerata assai meno critica di altre.

In ogni caso, chi gestisce gli acquisti deve avere sensibilità per cogliere le competenze di chi fa i capitolati, per capire chi sta realmente definendo condizioni utili all'azienda - costruendo cioè condizioni di concorrenza utili all'azienda - o sta invece strumentalmente forzandole a obiettivi di aggiudicazione predefiniti. Si tratta di un'«arte» in cui possono essere utilmente impiegati sia persone con esperienza da fornitore, sia medici.

7.3. STATO ATTUALE E PROSPETTIVE DELLA FUNZIONE NELLE VALUTAZIONI DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE

I responsabili della funzione, quando intervistati, hanno messo in evidenza tre elementi di cambiamento.

Il primo è quello delle centralizzazioni, che ha trasformato in profondità il ruolo della funzione a livello aziendale. Sia che si preveda una centrale unica di acquisti sovra-aziendale, sia che si opti per un modello che specializza le aziende su beni o servizi specifici, la dimensione sovraziendale impone una capacità di programmazione e una standardizzazione certamente superiori a quanto tradizionalmente succedeva nelle aziende. Lì dove poi ci sia una centrale unica sovra-aziendale, le attività di gestione giuridica escono dall'azienda, lasciando al suo interno le funzioni di programmazione e controllo.

Il secondo elemento di cambiamento riguarda le crescenti competenze richieste al provveditore come conseguenza dell'appesantimento normativo e delle accresciute competenze dei fornitori. L'evoluzione della funzione negli ultimi anni ha infatti trasformato profondamente il responsabile del provveditorato-economato. Fino all'inizio degli anni novanta egli era «l'economista buon padre di famiglia dedicato soprattutto alla corretta gestione dei beni aziendali, in un contesto in cui la normativa relativa agli acquisti si basava ancora per gran parte del Regio Decreto e la normativa europea era ancora all'inizio». Negli ultimi anni la funzione ha vissuto un'importante evoluzione normativa e, al contempo, un aumento delle competenze delle aziende fornitrici, oggi molto più preparate da un punto di vista normativo e gestionale. L'artigiano o il commerciante attivi nella città sede dell'Azienda sanitaria, estremamente competenti sotto il profilo dei servizi o dei prodotti, sono stati infatti per gran parte sostituiti da grandi imprese, spesso multinazionali, che dispongono di competenze specialistiche. Accresciute competenze dei fornitori, normativa complessa e giurisprudenza estesa rendono la laurea in giurisprudenza ancora più necessaria oggi che in passato. Allo stesso modo, l'evoluzione tecnologica e commerciale ha reso la gamma dei servizi e dei beni offerti sempre più eterogenea e complessa. Ciò ha avuto almeno due conseguenze per il provveditore. Da un lato infatti ha reso necessario un continuo aggiornamento. Dall'altro ha reso ancora più forte il bisogno di provare a standardizzare gli acquisti e quindi di interloquire con i professionisti per definire un equilibrio tra le esigenze dell'amministrazione e quelle di customizzazione espresse dai clinici. Il terzo elemento riguarda la collaborazione con gli altri servizi aziendali, che diventa sempre più importante. È il caso ad esempio dell'ingegneria clinica, che nelle aziende dove è assente o debole viene sottolineata come un ostacolo all'efficacia del provveditorato. Ma è il caso anche, più tradizionalmente, del rapporto tra provveditore e medico o farmacista, che deve basarsi su un sentimento di lealtà quale condizione capace di influenzare positivamente il risultato della procedura.

7.4. COMPETENZE INDIVIDUALI UTILI A DIRIGERE LA FUNZIONE

La scheda utilizzata per le interviste con i dirigenti responsabili della funzione è riportata a pagina seguente.

Competenze per la funzione Acquisti

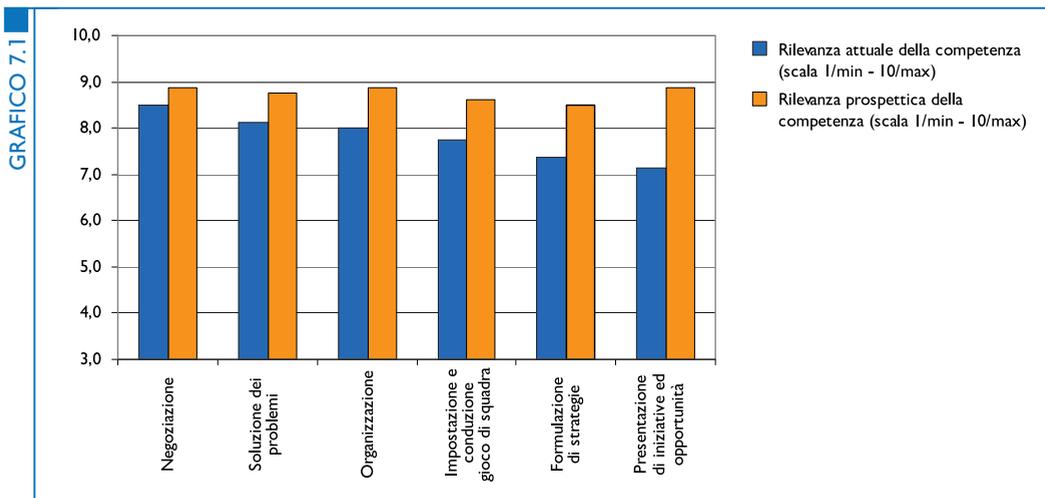
TABELLA 7.1

Rilevanza attuale della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Rilevanza prospettica della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Competenza	Giudizio sulle competenze/ conoscenze da promuovere (scala 1/min - 5/max)
<i>Competenze/capacità individuali trasversali di direzione</i>			
		Formulazione di strategie	
		Impostazione e conduzione gioco di squadra	
		Negoziazione	
		Organizzazione	
		Presentazione di iniziative ed opportunità	
		Soluzione dei problemi	
<i>Conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione</i>			
		Analisi costo benefici	
		Diritto amministrativo e diritto comunitario per la parte di competenza	
		Fondamenti di contabilità economico-patrimoniale	
		Innovazioni tecnologiche (e-procurement ecc.)	
		Leggi finanziarie e disposizioni ministeriali e altre autorità specifiche nell'ambito degli appalti	
		Normativa e circolari regionali in tema di acquisti ed appalti di beni e servizi	
		Normativa sugli appalti e relativa giurisprudenza	
		Organizzazione aziendale e regolamenti interni aziendali	
		Tecniche di comunicazione e leadership	
		Tecniche di marketing e dei mercati	

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

I risultati complessivi delle interviste sono mostrati nelle figure seguenti.

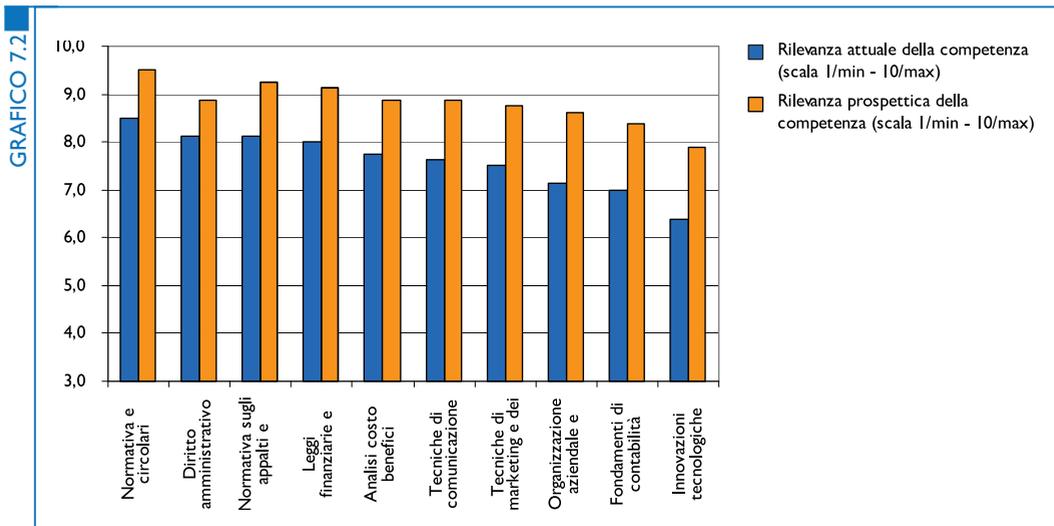
ACQUISTI - Rilevanza attuale e prospettica delle capacità individuali trasversali di direzione



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

La capacità oggi evidenziata come più importante è quella di Negoziazione, sia nei confronti dei servizi interni, sia nei confronti del mercato esterno. In questa seconda accezione, sebbene si sottolinei come sia in modo rilevante «ingessata dalla procedure», si fa anche presente che «nessuno lo insegna ma sarebbe invece utile capire come impostare le trattative al meglio, quando rinegoziare, come, per quali prodotti, in che modo porsi». Altre capacità sentite come importanti sono quella di Soluzione dei problemi e quelle di Organizzazione («le conoscenze in questo ambito non sono mai troppe»), seguite a breve distanza dalla Impostazione e conduzione gioco di squadra. Più limitata la rilevanza della Formulazione di strategie («fuori dal mio servizio io di strategia ne faccio poca») e della Presentazione d’iniziativa e opportunità, rispetto alla quale un possibile esempio citato da un intervistato è quello degli accordi quadro. Per tutte le capacità qui richiamate gli intervistati prevedono una rilevanza crescente nel prossimo futuro. In particolare, l’aumento più marcato è quello per la capacità Presentazione d’iniziativa e opportunità, a dimostrazione di un ruolo che evolve nel senso di una maggiore iniziativa, ma certamente anche di una parallela disponibilità e sensibilità che i responsabili della funzione mostrano in tal senso.

ACQUISTI - Rilevanza attuale e prospettica delle conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

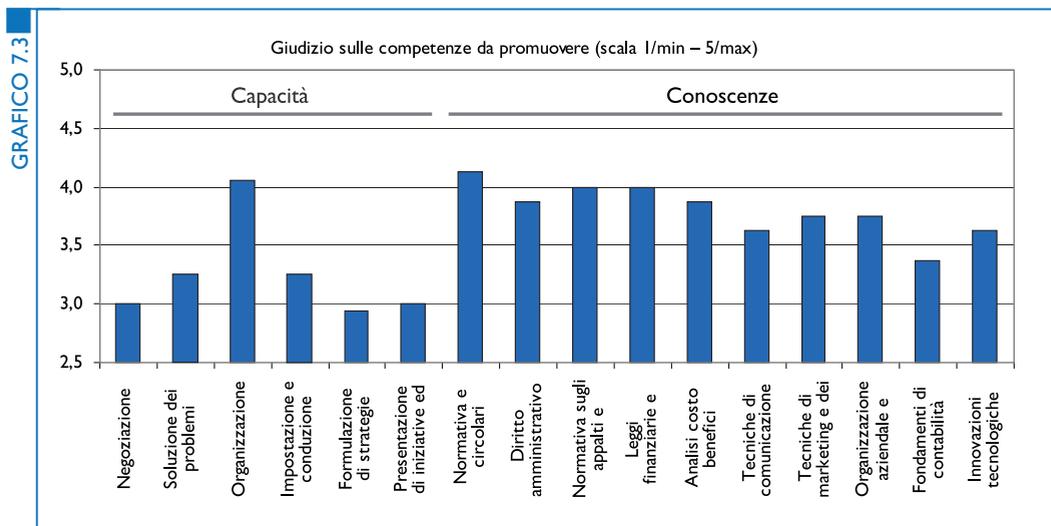
Le conoscenze considerate più importanti per dirigere con efficacia la funzione sono quelle giuridiche e tali rimarranno anche nel prossimo futuro. A spiegare almeno in parte tale sensibilità potrebbe essere la formazione di base dei responsabili della funzione intervistati che, a meno di due eccezioni, sono tutti laureati in legge (e uno dei due è l’unico intervistato a non ritenere le conoscenze giuridiche quelle più rilevanti oggi o in futuro). Per questo motivo, molti degli intervistati dicono di tenersi costante-

mente aggiornati sugli aspetti normativi e giurisprudenziali, consultando quotidianamente i siti internet specialistici. La normativa, in continua evoluzione, richiede poi «continue revisioni dei processi di lavoro» e la giurisprudenza, non uniforme, espone a «difficoltà d'interpretazione e rischi di errore».

Tra le conoscenze non giuridiche, quella percepita come oggi più importante è l'Analisi costi-benefici. «La tecnica è importante per monitorare ad esempio l'introduzione di prodotti nuovi, come questi influenzino il consumo di altri, oppure per aggregare diversi prodotti per ridefinire procedure e prezzi di riferimento». Altri intervistati sembrano più prudenti, sottolineando come «non spetti agli acquisti farne su grossi investimenti quali ad esempio la PET, poiché in quei casi la valutazione necessaria è multidimensionale (costo, appropriatezza, ecc.) e multi professionale (medici, infermieri, ingegnere clinico, ecc.), né quando si decide dei farmaci (in quel caso c'è il dipartimento del farmaco), né sugli *stent*, salvo chiedere al chirurgo perché in altre aziende usano altro».

Ultima conoscenza per rilevanza attuale è quella relativa alle Innovazioni tecnologiche (*e-procurement* ecc.). Un intervistato fa notare come «rispetto all'utilizzo del mercato elettronico non c'è una posizione univoca, dovrebbe essere potenziata l'informazione anche per il ricorso a CONSIP». Un altro sottolinea come «è un tema che ritorna attuale dopo l'asestamento organizzativo», inteso come definizione e implementazione dei sistemi di acquisto sovra-aziendali.

ACQUISTI - Competenze da promuovere con iniziative formative



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

I responsabili della funzione ritengono fondamentale un'azione di aggiornamento costante sugli aspetti giuridici ma, più in generale, sulle conoscenze tecnico-professionali specifiche. Molto meno evidente la necessità di azioni formative per rafforzare le capacità di direzione, a meno che su quella relativa all'organizzazione.

7.5. BIOGRAFIE INDIVIDUALI, FORMAZIONE E NETWORK PROFESSIONALI

Sei intervistati su otto sono laureati in legge, il che conferma la centralità delle competenze giuridiche per la direzione della funzione acquisti nell'esperienza SSN.

Sei intervistati su otto sono donne, a conferma dell'alta presenza femminile nei ruoli della dirigenza amministrativa SSN.

L'età è stata rilevata soltanto per sei degli otto intervistati. Esse variano da un minimo di 42 a un massimo di 54 anni con una media di 50 anni.

Le biografie individuali vedono la prevalenza di carriere tutte interne al SSN, che è stato l'unico datore di lavoro o quasi in cinque casi sui sette di cui abbiamo informazioni sul curriculum. Negli altri due casi i responsabili di funzione hanno lavorato in altre pubbliche amministrazioni (Regione in un caso, Comuni in un altro) per poi essere assunti nel SSN.

Per le cinque carriere tutte interne al SSN, in media si è diventati dirigenti dopo 12 anni (con poca variabilità: tutti i casi sono compresi tra 10 e 13 anni).

In sei casi su otto è ben presente l'attività di formazione, sia di tipo tecnico-specialistico, sia di *general management*. Soltanto in un caso il responsabile di funzione sembra non partecipare ad attività formative, né più in generale ad attività di aggiornamento professionale attraverso la partecipazione a convegni o in altre forme. In un altro caso le iniziative formative citate sono minime.

Più intervistati hanno partecipato a corsi lunghi:

- in un caso al COGEMSAN, corso di perfezionamento universitario della SDA Bocconi e poi all'EMMAS (circa 80 giornate d'aula su due anni e mezzo), executive master in management delle aziende sanitarie della stessa scuola;
- in un altro caso al MASAN - Management degli approvvigionamenti in sanità (20 giornate d'aula su quattro moduli), corso organizzato dalla SDA Bocconi in collaborazione con la FARE che rilascia titolo di perfezionamento ai sensi della l. 341/1990;
- infine, in un terzo caso al corso di perfezionamento in diritto sanitario dell'Università di Bologna.

Particolarmente presenti i corsi brevi della SDA Bocconi per gli intervistati di Lombardia, Piemonte e Veneto ("Gli approvvigionamenti nelle Aziende Sanitarie", "Il Capitolato Speciale per l'acquisto di sistemi informatici nelle Pubbliche Amministrazioni", "Il Global Service negli Enti Pubblici", "Dirigenti Area Amministrativa", "Competenze per dirigere in sanità, essere leader, comunicare, fare squadra", "Le gare telematiche per gli acquisti di beni", "La gestione strategica delle forniture nelle aziende sanitarie", "Applicazione del budget"). Da segnalare anche i corsi di *general management* organizzati dalle Regioni per i propri dirigenti amministrativi (IREF Lombardia) e per la direzione aziendale (Piemonte).

Il network professionale più rilevante è certamente quello della FARE, Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Provveditori della Sanità, nata nel 1960 e attiva attraverso la rivista Teme (presente dal 1962), una conferenza annuale, seminari specifici, corsi di formazione spesso organizzati in collaborazione con scuole di management o altre istituzioni, ecc.

Un ulteriore strumento di aggiornamento professionale è quello di siti specializzati quali “Appalti e contratti” della Maggioli Editore che a sua volta organizza corsi di aggiornamento tecnico-specialistico.

7.6. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

L'attività centrale nella tradizione della funzione acquisti SSN è quella della gara. Da qui la rilevanza delle conoscenze normative e dell'efficienza amministrativa:

- l'importanza delle conoscenze normative è stata rafforzata dalle responsabilità contabili e penali legate al corretto svolgimento delle procedure di gara. Ciò ha fatto sì che il livello medio delle conoscenze giuridiche fosse elevato e mantenuto tale attraverso un'attività di aggiornamento continuo;
- l'efficienza amministrativa consiste nel rispondere in modo efficace alle esigenze dei clinici e degli altri settori aziendali rispettando la qualità dei beni o servizi acquistati e i tempi previsti per la loro disponibilità. Il tutto tenendo conto delle compatibilità economiche aziendali. Nonostante la rilevanza di tale principio, esso è stato spesso meno presente nella pratica dei provveditorati, di quanto non sia stato l'aggiornamento giuridico.

Le evoluzioni intrinseche recenti e prevedibili della funzione possono essere ricondotte a tre dimensioni:

- *il grado di crescente complessità della normativa e degli adempimenti da essa richiesti.* Ciò comporta la necessità di un continuo aggiornamento giuridico-normativo, ma anche la progettazione di soluzioni organizzative efficienti per gestire le attività previste dalle norme;
- *la concentrazione, qualificazione e professionalizzazione dell'offerta.* Si tratta di un aspetto rilevante soprattutto nel caso degli acquisti di beni e servizi non sanitari, dove un alto numero di piccoli fornitori è stato spesso sostituito nel tempo da poche aziende di dimensioni molto maggiori, come ad esempio nel caso dei prodotti di cancelleria ma anche nell'erogazione dei servizi di manutenzione, pulizia, mensa, ecc. L'azienda sanitaria in questi casi non tratta più con il rivenditore o la piccola azienda locale, bensì direttamente con la grande impresa, a volte multinazionale, dotata di potere di mercato e competenze giuridiche assai maggiori. Ciò richiede una forte attenzione e competenza nel redigere i capitolati, conoscenza circa ruolo e responsabilità del responsabile unico di procedimento, conoscenza del mercato e dei fornitori, padro-

nanza delle modalità di rapporto con i fornitori (es. gruppi di acquisto, *e-procurement*, ecc.), capacità di committenza e gestione del contratto nel caso di appalti rilevanti o a lunga scadenza o di *global service*;

- *il progresso scientifico e tecnologico*. Il progresso scientifico rende più difficile per la funzione acquisti conoscere e riconoscere le caratteristiche qualitative dei beni e servizi che si acquistano e facendone spesso aumentare i prezzi. Ciò rende ancora più importante un buon rapporto tra fornitori e medici o altri utilizzatori finali. Da qui l'importanza di competenze quali la *leadership* rispetto ai clienti interni; la capacità di negoziazione con gli utilizzatori finali; la collaborazione con le direzioni mediche di presidio ospedaliero, l'ingegneria clinica e le direzioni infermieristiche e tecnico-sanitarie.

A queste si aggiungono poi i cambiamenti nei modelli organizzativi definiti da SSR e aziende per la funzione, in special modo con scelte che ricercano economie di scala o una maggiore specializzazione a livello sovra-aziendale, mediante centrali di acquisto o altre soluzioni organizzative. In molti di questi casi infatti la gara è gestita da enti esterni all'azienda, mentre quest'ultima è chiamata a funzioni di programmazione, controllo, gestione dei contratti, ecc.

Un'analisi delle prospettive della funzione mette in evidenza la centralità delle attività di programmazione e cioè della capacità di definire tempi, carichi di lavoro, priorità e compatibilità di bilancio degli acquisti. Ciò si collega al coinvolgimento della funzione nei sistemi di programmazione e controllo, con la partecipazione al processo di *budgeting*. Infine, le modalità formative idonee ad accompagnare tali evoluzioni sembrano le seguenti:

- aula/giornali per aggiornamento normativo;
- confronto sul *network* professionale per la soluzione dei problemi o dei dubbi legato a singole scelte o fattispecie;
- confronto sul *network* professionale per condivisione interpretazione e risposte a norme e/o problematiche emergenti (sia a livello nazionale, sia a livello regionale);
- formazione teorica d'aula esterna per acquisire competenze di base di contabilità generale e analitica;
- aula interattiva per lo sviluppo di *soft skills* per *leadership*, negoziazione, comunicazione.

8. FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE OSPEDALIERO

8.1. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA FUNZIONE

I dipartimenti sono da anni proposti come la forma organizzativa ordinaria per le attività ospedaliere nel SSN (Lega, 2008).

La letteratura manageriale italiana all'inizio ha guardato ai possibili ruoli del dipartimento (Bondonio e Cestari, 1994; Bergamaschi e Cantù, 2000; Bergamaschi e Lega, 2000; Cantù e Lega, 2002; Vicentini et al., 2005), verificando pro e contro delle diverse possibili configurazioni organizzative.

Un secondo insieme di contributi ha seguito la progressiva diffusione dei dipartimenti nelle aziende SSN, eventualmente cercando di misurarne la concreta rilevanza gestionale, al di là della presenza formale (Anessi Pessina et al., 2002; Cicchetti e Baraldi, 2001; Cicchetti et al., 2009).

Negli ultimi anni le analisi si sono concentrate sulle condizioni che facilitano o ostacolano lo sviluppo di un'azione manageriale da parte dei dipartimenti (Lega, 2002), gli eventuali supporti organizzativi interni, in particolare le figure a supporto della direzione del dipartimento (es. responsabile infermieristico di dipartimento, responsabile amministrativo, ecc.; Cicchetti et al., 2005) e i possibili sviluppi nel capo della gestione del personale e, in particolare, dei professionisti (Lega, 1999; De Pietro, 2005a; Lega e De Pietro, 2005).

Ai nostri fini, particolarmente importante sembra il filone di letteratura che guarda al rapporto tra ruolo clinico e ruolo gestionale del responsabile del dipartimento, in termini di competenze individuali da sviluppare, ruolo delle competenze tecnico-professionale quale leva di legittimazione per assumere funzioni gestionali, reversibilità o meno del ruolo gestionale e, collegato a questo ultimo punto, impatti sui percorsi di carriera (per una recente disamina di tali temi, cfr. Lega e Prenestini, 2009).

8.2. ASPETTATIVE E PERCEZIONI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

Il ruolo dei dipartimenti ospedalieri varia in misura marcata tra le aziende oggetto di analisi. A Palermo si tratta di dipartimenti funzionali che incidono poco sulla gestione aziendale; a Desenzano del Garda e Lodi le macroarticolazioni su cui s'impennano le responsabilità gestionali sono i presidi mentre i dipartimenti (con l'eccezione delle attività di urgenza) sono funzionali e interpresidio; ad Alba e Bologna il ruolo è quello più standard, sebbene i due contesti aziendali siano caratterizzati da dimensioni e sistemi operativi molto diversi; ecc. Le percezioni e le aspettative delle direzioni aziendali sono quindi necessariamente influenzate da tali diversi ruoli.

Le competenze auspiccate dai direttori generali, amministrativi e sanitari intervistati possono comunque essere raggruppate su tre dimensioni:

- *leadership*: una competenza ritenuta chiave per svolgere efficacemente il ruolo di direttore di dipartimento è la *leadership*, che in ambito ospedaliero si basa essenzialmente

- sull'autorevolezza professionale. In tal senso, viene confermato come centrale l'elemento della legittimazione e del riconoscimento sociale che in ambiti professionali e soprattutto nelle attività cliniche origina per buona parte nelle competenze tecniche;
- visione di sistema: nonostante i progressi che in diversi vedono realizzati nella storia recente di tante aziende SSN, sono ancora pochi i direttori di dipartimento che hanno una visione d'insieme. Al contrario, gran parte di loro continua ad essere troppo vicino alle attività e agli interessi del proprio servizio/unità operativa di origine. Anche per evitare tale situazione, in un'azienda alcuni direttori di dipartimento non seguono più direttamente la propria struttura complessa di origine, ma sono responsabili di gruppi di progetto o di gruppi di miglioramento del rischio, del governo clinico, della comunicazione o di particolari progettualità;
 - pensiero strategico e formulazione di strategie: i direttori di dipartimento svolgono un ruolo fondamentale di raccordo e integrazione tra momento clinico e momento organizzativo e proprio tale ruolo rende proficua la partecipazione dei capi dipartimento ai processi decisionali strategici della direzione, attraverso il collegio di direzione, il processo di programmazione annuale o con altri strumenti.

Nonostante l'importanza del loro ruolo, spesso le direzioni aziendali continuano a lamentare la debolezza della cultura gestionale dei capi dipartimento, «poco attecchita nella maggior parte dei medici deputati a questo ruolo, così strategico, invece, per il buon governo dell'organizzazione sanitaria».

A detta di alcuni direttori un'evoluzione possibile per i dipartimenti gestionali è quella che li spinge ad adottare e sviluppare il driver dell'integrazione del percorso clinico del paziente, spostando dunque il focus del dipartimento dalla messa in comune di risorse (tecnologiche ed umane) alla messa in comune del percorso del paziente rispetto ai bisogni dello stesso. Aspetti rilevanti e qualificanti della responsabilità di dipartimento sono la comprensione e l'attuazione di modelli d'integrazione. Soprattutto se il dipartimento è funzionale, si devono sviluppare abilità di negoziazione e project management in quanto ogni percorso (PDTA) diventa un progetto.

In un'azienda il direttore generale auspica come competenze dei capi dipartimento quelle in igiene e «aver svolto funzioni di direzione sanitaria aziendale per avere una visione più ampia»: si tratta di una condizione però difficile da ottemperare, se non con medici avanti con l'età e che hanno una doppia specializzazione (una clinica e l'altra in igiene) oppure con i pochi medici che, pur avendo una specializzazione di tipo clinico, hanno esperienza di direzione sanitaria.

8.3. STATO ATTUALE E PROSPETTIVE DELLA FUNZIONE NELLE VALUTAZIONI DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE

In generale i direttori di dipartimento dichiarano di credere in tale soluzione organizzativa e gestionale. Essi inoltre rivendicano un maggiore ruolo gestionale del dipartimento lì dove questo sia di natura funzionale.

In ogni caso, il ruolo del dipartimento e quindi del suo direttore non sembrano sufficientemente specificati. Questo è vero anche al livello di responsabilità di struttura complessa se un intervistato nota come «il ruolo del primario non sia ben delineato e che ci sia una sovra esposizione di attività tecnico-specialistiche e tecnico-amministrative e gestionali. Devono essere suddivise le funzioni, devono essere identificate figure alle quali delegare attività». Lo stesso intervistato ricorda come «25 anni fa in USA – durante un soggiorno di oltre un anno – avevo potuto testare il funzionamento dei dipartimenti dove al medico era demandata la funzione specialistica e al personale infermieristico la funzione gestionale».

In due casi si citano i sistemi informativi e informatici come leve importanti per favorire la comunicazione e per evitare che «il lavoro di squadra entri in conflitto con l'atteggiamento di molti medici ad individuare ambiti di nicchia nei quali poter agire da soli senza coordinarsi». Per questo motivo, un intervistato sta predisponendo una cartella per paziente per monitorare la nutrizione assistita, in collaborazione con il servizio informativo.

8.4. COMPETENZE INDIVIDUALI UTILI A DIRIGERE LA FUNZIONE

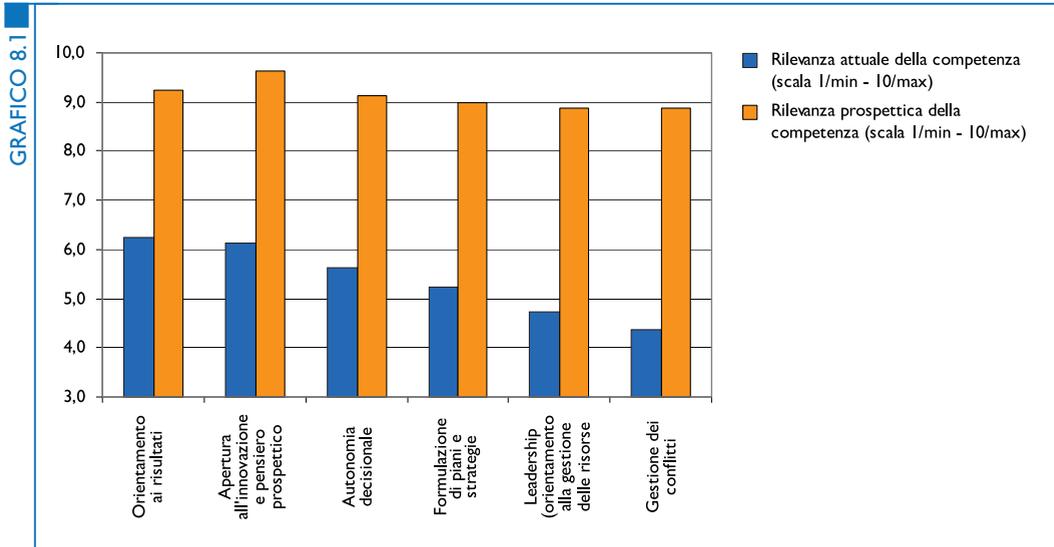
La scheda utilizzata per le interviste con i dirigenti responsabili della funzione è qui riportata.

Competenze per la funzione Dipartimento clinico gestionale

TABELLA 8.1	Rilevanza attuale della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Rilevanza prospettica della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Competenza	Giudizio sulle competenze/ conoscenze da promuovere (scala 1/min - 5/max)
	<i>Competenze/capacità individuali trasversali di direzione</i>			
			Apertura all'innovazione e pensiero prospettico	
			Autonomia decisionale	
			Gestione dei conflitti	
			Leadership (orientamento alla gestione delle risorse umane)	
			Orientamento ai risultati	
			Formulazione di piani e strategie	
<i>Conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione</i>				
			Contrattualistica CIA/CCNL	
			Controllo qualità, sistemi di gestione del rischio, ecc.	
			Innovazioni tecnologiche (anche in ottica HTA)	
			Organizzazione aziendale	
			Organizzazione socio-sanitaria territoriale	
			Project management	
			Promozione e guida Pdta	
			Sistemi di programmazione e controllo	
			Tecniche di valutazione delle risorse umane (gestione delle carriere e incarichi)	

I risultati complessivi delle interviste sono mostrati nelle figure seguenti.

DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE - Rilevanza attuale e prospettica delle capacità individuali trasversali di direzione



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

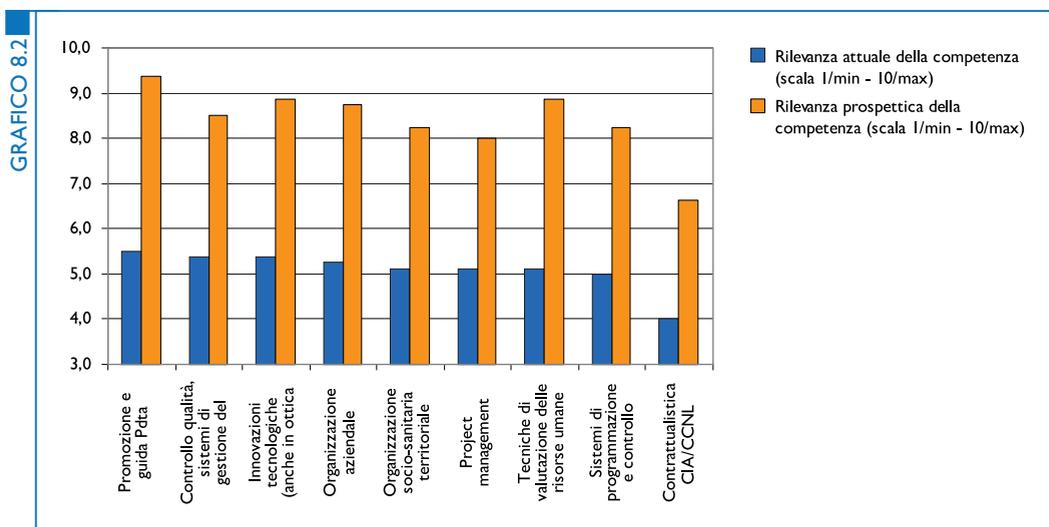
Le capacità direzionali ritenute più utili sono quelle di Orientamento ai risultati e di Apertura all'innovazione e al pensiero prospettico. Si tratta di due capacità importanti oggi e ritenute ancora più importanti in futuro. Nel primo caso (Orientamento ai risultati) si resta su un ambito tipico di management, più che burocratico (dove l'orientamento è alle procedure) o professionale (dove l'obbligazione principale è quella di mezzi e non di fini). Nel secondo caso invece si riconosce la necessità vitale per le aziende professionali di governare l'innovazione orientandone lo sviluppo («è fondamentale per governare un ambiente di lavoro connotato da forti cambiamenti e che richiede incessantemente di prendere posizione»).

L'Autonomia decisionale è considerata importante ma in molte realtà aziendali non sufficientemente sviluppata. In un caso si afferma: «è un'area sulla quale investire anche se oggi ai dipartimenti non viene chiesta autonomia e i margini di azione sono molto limitati. Esiste la leva degli incentivi ma in genere è poco utilizzata anche perché scarsamente accettata dagli operatori che la vivono come momento di discriminazione delle capacità e delle competenze. L'autonomia può anche essere agita come gestione autonoma di un progetto e relativo budget». In un altro caso si afferma: «a volte a livello di assetto istituzionale e organizzativo l'autonomia non c'è e bisogna quindi guadagnarsela sul campo. Se c'è, a volte è meglio non dirlo troppo, tenercela per sé, così da poterne beneficiare meglio. In ogni caso auspico che l'autonomia resti forte o lo diventi». Un altro intervistato sottolinea come l'autonomia decisionale «non vada confusa con l'indipendenza che a volte cozza con il perseguimento di obiettivi comuni definiti dalla

linee di gestione aziendali. L'autonomia decisionale va potenziata e va intesa come capacità di attivare le risorse necessarie a perseguire gli obiettivi. L'autonomia dovrebbe poter essere agita anche attraverso la diversificazione delle risorse economiche da assegnare ai diversi operatori (dirigenti e comparto) per la realizzazione di attività». In certa misura sorprende la rilevanza modesta assegnata alla rilevanza della capacità Gestione dei conflitti, dal momento che una delle idee alla base dei dipartimenti è proprio quella di rendere più razionale l'allocazione dei pazienti tra le diverse unità operative e di sanare eventuali conflitti professionali che possano nascere soprattutto in tema di allocazione delle risorse, ma anche sulla progettazione dei processi clinici e assistenziali, ecc. (in ogni caso un direttore afferma che quella dei conflitti «è un'area sulla quale investire, il conflitto è superato se le risorse sono gestite in modo meno "particolare"»).

Un aspetto rilevante, confermato poi anche nella figura successiva, è la forte distanza che separa l'importanza valutata sulle capacità di direzione per come si esprimono oggi e l'importanza che si prevede assumeranno in futuro. Si tratta evidentemente di una previsione - o di un auspicio - che deriva dall'ancora incompleto processo di dipartimentalizzazione o comunque dagli ostacoli che esso ha incontrato finora. Su questo risultato pesano ovviamente in particolare le valutazioni espresse da chi è oggi direttore di un dipartimento funzionale e che quindi implicitamente auspica una trasformazione in un ruolo gestionale/strutturale.

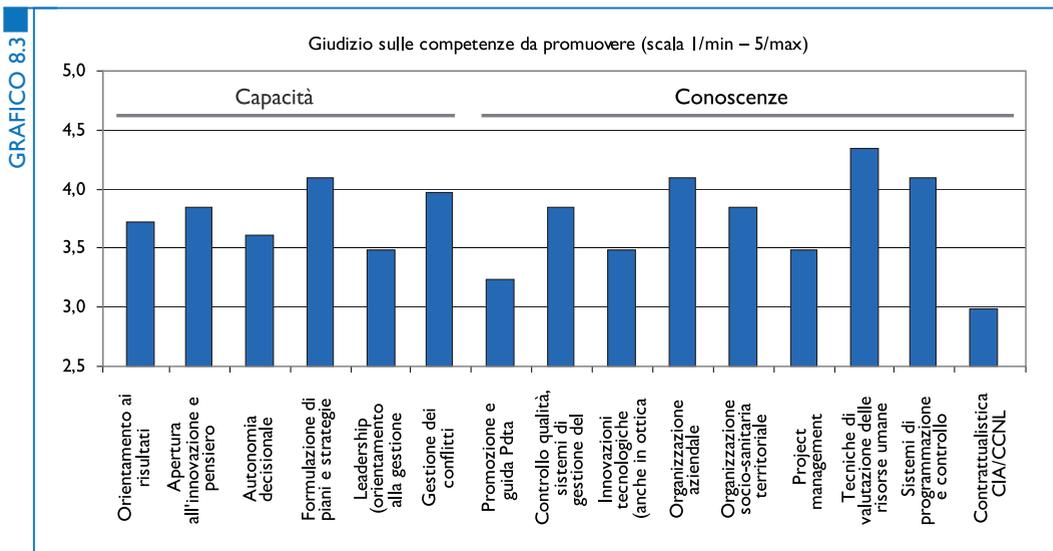
DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE - Rilevanza attuale e prospettica delle conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione



Come già anticipato, la valutazione delle conoscenze specifiche di funzione conferma l'importante distanza tra la rilevanza attuale e futura delle stesse. Di fatto le valutazioni

sulla rilevanza attuale rientrano tutte su valori medi compresi tra 5 e 5,5, con la sola eccezione delle conoscenze relative alla Contrattualistica CIA/CCNL, che ottiene una valutazione media di 4, come a mostrare una scarsa responsabilità sulla gestione del personale o, interpretando tale risultato in modo più positivo, la possibilità comunque di ricorrere agli appositi uffici per consulenze specifiche («se ce n'è bisogno si può sempre chiedere al servizio del personale»); «la conoscenza del contratto è rilevante solo per gli aspetti essenziali e/o innovativi, eccessivi tecnicismi sono inutili»), anche se a volte la gestione operativa del personale resta un problema («problemi sorgono a causa dell'impossibilità da parte del direttore di dipartimento di spostamenti da un presidio all'altro»). Probabilmente più interessante risulta guardare alle prospettive future, che ci danno il senso del ruolo previsto o auspicato per i dipartimenti e per la loro direzione tra qualche anno. Le conoscenze che ottengono valutazioni maggiori sono relative alla Promozione e guida PDTA, alle Innovazioni tecnologiche (anche in ottica HTA), alle Tecniche di valutazione delle risorse umane (gestione delle carriere e incarichi). Comportamenti clinici (PDTA), innovazione scientifica e tecnica (tecnologia), competenze individuali e motivazione (risorse umane) sembrano quindi i banchi di prova su cui sviluppare la funzione dei dipartimenti.

DIPARTIMENTO CLINICO GESTIONALE - Competenze da promuovere con iniziative formative



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Date le prospettive dei dipartimenti sopra evidenziate, è allora utile guardare agli ambienti per i quali la formazione è percepita più utile o promettente.

Rispetto alle capacità di direzione, gli intervistati auspicano particolari investimenti formativi su Formulazione di piani e strategie e su Gestione dei conflitti, capacità oggi valutate d'importanza minore rispetto ad altre.

Rispetto alle conoscenze specifiche, l'indicazione è di puntare su attività di formazione che prediligano tematiche classiche di management sanitario, e cioè:

- le Tecniche di valutazione delle risorse umane (gestione delle carriere e incarichi). In particolare sono sottolineati i limiti incontrati nella gestione di carriere prettamente professionali («è un punto cardine per valorizzare il personale, anche se è molto poco utilizzato il ricorso a incarichi specialistici»; «è un tema da affrontare soprattutto per favorire l'introduzione di riconoscimenti di alta specialità senza necessariamente duplicare strutture semplici e complesse alle quali non correlare risorse adeguate»). Le tecniche di valutazione sono cruciali già oggi e lo diverranno ancora di più: «su questo c'è spazio per fare formazione e c'è spazio per i dipartimenti, ovviamente all'interno di uno spazio di "autonomia ben controllata"»;
- l'Organizzazione aziendale;
- i Sistemi di programmazione e controllo.

Interessante notare che la Promozione e guida PDTA e le Innovazioni tecnologiche (anche in ottica HTA), sebbene ritenute conoscenze centrali per il futuro dei dipartimenti, sembrano conoscenze che richiedono investimenti formativi minori. Le ragioni che possono spiegare tali valutazioni sono:

- un livello di conoscenze già oggi adeguato (ad esempio per i PDTA viene affermato «la promozione dei PDTA è importante ma già in atto. In particolare alcuni percorsi promossi dalla Regione su colon retto o su alcuni *screening* hanno aiutato molto perché sono stati progetti "traccianti", che hanno abituato a ragionare in ottica di processo» o anche «un punto di forza del lavoro sta nella stesura di linee guida dipartimentali ed aziendali riguardanti la ricerca di omogeneizzazione delle procedure diagnostico terapeutiche delle più frequenti patologie mediche al fine di una migliore razionalizzazione delle risorse aziendali senza ridurre la qualità delle prestazioni»);
- una percepita scarsa efficacia della formazione su tali conoscenze; il fatto che il mancato esercizio di tali conoscenze deriva più da ragioni di ordine organizzativo (es. la natura funzionale dei dipartimenti, che limita le possibilità d'indirizzo e comando del suo responsabile) che da una carenza nelle conoscenze di tali argomenti.

Infine, in un caso l'intervistato ha evidenziato come particolarmente utile una formazione volta a rafforzare la «specifica competenza nella disciplina di gestione dei dipartimenti», lasciando quindi in un blocco indistinto le varie componenti che possono esservi contenute.

Un aspetto che emerge con una certa forza da diverse interviste riguarda l'equilibrio tra orientamento alla gestione delle risorse economiche e orientamento clinico. Si tratta di un punto ben riassunto dall'intervistato che afferma come «forse potrebbero essere valorizzati obiettivi di processo o qualitativi, mentre ad oggi il focus è sempre sui

costi» ma anche da chi sostiene che «sarebbe di fondamentale importanza impostare le politiche di gestione delle aziende sanitarie secondo delle strategie che rispondano non soltanto a criteri economici ma anche e soprattutto ai bisogni di salute della popolazione. Gestire non vuol dire far quadrare i conti ma aiutare la gente a stare bene». Questo secondo caso mostra una tensione ancora non risolta rispetto al ruolo di gestione economica all'interno delle organizzazioni sanitarie, che sorprende soprattutto perché a sostenere tale posizione è una persona con un curriculum estremamente ricco sia sotto il punto di vista clinico e scientifico, sia sotto il punto di vista professionale (ricopre ruoli di primo piano nella FNOMCEO a livello provinciale, regionale e nazionale). Il giudizio nei confronti dell'aziendalizzazione è assai critico poiché «gli obiettivi assegnati ai medici fanno riferimento alla produttività e non alla perizia professionale e corrispondono a logiche budgetarie che sono ben lontane dalle problematiche di cui si dovrebbe occupare un medico»; «si sente la crisi profonda che attraversa, in questo momento, il mondo della sanità. È una crisi interiore. Il medico che veniva visto come il prestatore di un'opera intellettuale - già il garante della concorrenza ha tolto l'opera intellettuale e l'ha denominata attività d'impresa - oggi deve rispondere, in maniera ragionieristica, a situazioni di budget di tipo aziendalistico. E noi ancora non abbiamo ricevuto una cultura universitaria adeguata al cambiamento. Io volevo fare il medico e mi trovo sommerso dalle carte. E finché erano soltanto il capo dipartimento e primario ad essere sommersi dalle carte... ora anche i miei colleghi sono avviliti. Si corre il rischio che non ci saranno più medici per curare le persone. Oggi non esiste più il contatto medico-paziente... poi invece se il medico gioca sul consenso... non quello informato... il paziente lo considera altro che dio... le persone vogliono essere toccate, viste, non si può fare una visita in quindici minuti, come m'impone l'organizzazione. Prendersi cura degli altri (con la a maiuscola) è una cosa seria!». Nello specifico del ruolo di capo dipartimento, «quello che viene a mancare è lo sviluppo professionale continuo, cioè io non riesco a sapere - per mancanza di tempo e perché non è previsto - e questo è uno dei fallimenti secondo me dell'aziendalizzazione - se i miei collaboratori vanno a congressi, partecipano a corsi di aggiornamento. Non esiste un dossier formativo di dipartimento». Anche a livello aziendale «ci si limita a raggiungere obiettivi calati dall'alto per far quadrare i conti». Nonostante tali posizioni, il direttore poi si riconcilia almeno in parte con le potenzialità dell'approccio economico aziendale, che indirettamente riconosce in qualità di presidente di un centro di formazione che sul sito mette come prima tra le specifiche aree d'interesse, proprio quella economico-aziendale, che ha organizzato corsi di formazione manageriale per le funzioni di direzione di struttura complessa formando molti medici in due città della Regione, che sta promuovendo la seconda edizione del master universitario di primo livello per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie, erogato in collaborazione con l'Università Telematica Guglielmo Marconi di Roma.

La carenza di formazione manageriale per i medici che diventano responsabili di dipar-

timento è presente anche in un altro intervistato, che si dice pienamente consapevole delle carenze nelle competenze e conoscenze gestionali dei suoi collaboratori e di chi arriva a svolgere la sua funzione, attribuendole all'inesistenza di obblighi formativi manageriali per l'ammissione al suo incarico. Lo stesso intervistato ritiene fondamentale per lo sviluppo di competenze gestionali un sistema di rotazione tra i vari dipartimenti e tra varie strutture sanitarie anche ai fini di un miglioramento della capacità di adattabilità e di flessibilità proprio dei relativi collaboratori.

Più intervistati sottolineano come il capo dipartimento debba saper dirigere professionisti con conoscenze tecniche specifiche a volte superiori, valorizzando quindi progetti d'integrazione (anche con il territorio) che, a detta di altri intervistati, possono essere facilitati anche grazie alla disponibilità di buone procedure informatizzate. Il ruolo di capo dipartimento è cioè assunto nella consapevolezza che la gestione di specialità molto diverse debba prevedere una conoscenza ampia della clinica e ritenendo che la *leadership* vada agita su più fronti: quelli del riconoscimento della competenza professionale, dell'equilibrio e della creazione di rapporti. A volte ciò significa dover vincere le difficoltà che s'incontrano «nel far recepire la centralità del malato rispetto alla volontà di mantenere le nicchie di specialità dimenticando che l'età media è aumentata con la conseguente poli-patologia dei pazienti».

Sempre rispetto al tema dell'integrazione, un intervistato sottolinea come un responsabile di dipartimento debba essere in grado di trasmettere un concetto fondamentale e cioè che le risorse sono dell'azienda, assegnate al dipartimento e non all'unità operativa specifica. Su questo però sono avanzati dei dubbi, e cioè si ritiene che esista ancora una diffusa immaturità dei professionisti sanitari nell'accettazione dell'organizzazione dipartimentale, sebbene il percorso di budget attuale, nel quale sono esplicitate chiaramente risorse ed obiettivi, abbia aiutato a contenere le conflittualità in diverse esperienze aziendali.

8.5. BIOGRAFIE INDIVIDUALI, FORMAZIONE E NETWORK PROFESSIONALI

Tutti gli intervistati sono uomini, a conferma della forte prevalenza maschile nelle coorti più avanzate di età dei medici SSN che nel caso degli intervistati di cui conosciamo l'età (sette su otto casi) varia tra 53 e 67 anni, con una media di 59 anni.

Le biografie professionali degli intervistati mostrano sempre un alto profilo clinico e scientifico, assai spesso con centinaia di pubblicazioni alle spalle e spesso anche con ruoli formali tenuti in università. In almeno due casi sono presenti periodi di studio e lavoro di lunga durata passati all'estero.

In quattro casi i direttori hanno due specializzazioni, confermando una prassi diffusa in passato. In uno di questi casi la specializzazione diversa da quella clinica per la quale si

esercita il ruolo di direttore di dipartimento, è in igiene e prevenzione.

In due casi non sappiamo da quanto tempo gli intervistati sono direttori di dipartimento. Nei sei casi per i quali disponiamo di tale informazione, essa varia da 1 a 10 anni (media 5 anni). In generale le carriere sono state fatte per buona parte all'interno delle strutture nelle quali attualmente i medici svolgono la loro attività.

Se la formazione e l'aggiornamento clinico-professionale è presente e molto ricco in tutti, spesso con importanti ruoli anche di organizzazione e docenza, la situazione non appare altrettanto omogenea per la formazione su tematiche gestionali. Di fatto solo tre degli otto intervistati hanno svolto corsi di formazione di una qualche entità su temi di management (presso il CEFPAS, la SDA Bocconi e il CUOA) mentre in un paio di casi ci sono state iniziative interne rivolte ai responsabili di struttura e di dipartimento.

Infine, il *network* professionale è tutto specialistico clinico, a meno che in un caso, in cui il direttore di dipartimento ha anche ruoli di primo piano nel sistema ordinistico. In altre parole, il ruolo di capo dipartimento non sembra essere collegato ad alcun circuito professionale specifico di funzione.

8.6. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

In molte delle aziende oggetto di analisi la funzione non sembra sviluppata adeguatamente o almeno secondo quanto previsto da normativa e organizzazione aziendale. Tale situazione è spiegabile anche perché “il dipartimento” come struttura autonoma spesso concretamente si sostanzia in un incarico a un dirigente apicale e, eventualmente, nel suo coinvolgimento in alcuni processi gestionali (programmazione e controllo, ecc.). Una condizione che certamente ha influito sul mancato sviluppo dei dipartimenti ospedalieri è il fatto che la loro direzione non costituisce un incarico a tempo pieno e che spesso tale funzione non dispone di uno staff dedicato.

In più, nelle aziende che sono andate più avanti nello sviluppo dei dipartimenti, in alcuni casi questi sono oggi ritenuti quasi “superati”, almeno per quel che riguarda la loro dimensione gestionale su risorse fisiche, strumentali, ecc. È la posizione di chi auspica lo sviluppo delle “aree omogenee” e di altre soluzioni organizzative, con i dipartimenti che svolgerebbero allora un ruolo di controllo professionale, appropriatezza clinica e organizzativa, assegnazione dei pazienti alle varie unità operative, progettazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (anche H-T), ecc.

Nelle aziende che non li hanno sviluppati, si sente invece la mancanza di un livello organizzativo che faccia sintesi su responsabilità oggi frammentate tra le singole unità operative.

Un aspetto fondamentale per giudicare del potenziale sviluppo dei dipartimenti ospe-

dalieri è l'assetto organizzativo e tecnico delle singole aziende. In particolare, i tre aspetti più rilevanti riguardano l'eventuale rete ospedaliera multi-sito dell'azienda, le dimensioni dei singoli stabilimenti, la loro eventuale specializzazione (ospedali monospécialistici, ecc.).

Lì dove si hanno diversi ospedali di piccole dimensioni, i contenuti più prettamente gestionali delle risorse economiche localizzate possono infatti essere svolte dalla DMPO (cfr. apposita scheda), lasciando invece ai dipartimenti (verosimilmente inter-stabilimento) ruoli di coordinamento e controllo clinico e professionale delle attività.

Nelle interviste, le competenze da sviluppare per la direzione della funzione sono risultate in larga misura condivise da direttori aziendali e direttori di dipartimento. Qui sotto sono elencate insieme alle modalità di formazione potenzialmente più efficaci:

- *leadership* à aula interattiva;
- visione di sistema (e non essere invece focalizzati su attività e obiettivi della singola unità operativa di cui si è direttore) → gruppi di lavoro e/o meccanismi operativi a livello sovra-aziendale (ad esempio gruppi di lavoro istituiti a livello regionale per la programmazione e il controllo su ambiti di attività non monospécialistici); sistemi gestionali interni (es. coinvolgimento nella preparazione e discussione dei diversi documenti di pianificazione, quali il bilancio pluriennale, il piano triennale delle assunzioni, il piano degli investimenti, ecc.);
- pensiero strategico e formulazione di strategie → laboratori formativi di dipartimento che, sotto la supervisione di un facilitatore/formatore esterno, accompagnino la definizione di piani di sviluppo e/o declinano a livello dipartimentale degli atti di pianificazione aziendale; *study tour* presso strutture che hanno investito sul ruolo dei dipartimenti gestionali, con riunioni/incontro con i propri omologhi (capi dei dipartimenti della struttura che si visita) e eventualmente lo staff di quei dipartimenti;
- percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali → gruppi di lavoro interaziendali (anche a livello regionale) che progettino i percorsi, poi contestualizzati rispetto alle condizioni operative della propria azienda di appartenenza;
- sviluppo risorse umane (gestione sistemi di codificazione e misurazione delle competenze individuali; progettazione e gestione dei sistemi di carriera; ecc.) → formazione d'aula con *incidents* e casi didattici.

Accanto a tali competenze, i direttori aziendali lamentano più in generale un'insufficiente sensibilità nel trovare soluzioni operative rispetto a esigenze più generali delle aziende, una debolezza complessiva delle competenze manageriali dei direttori di dipartimento, o una limitata disponibilità a giocare un ruolo che comporta responsabilità, gestione di relazioni professionali anche difficili, ecc.

9. FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO

9.1. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA FUNZIONE

Nonostante la centralità della direzione medica di presidio ospedaliero per la gestione delle strutture ospedaliere nel nostro paese, la letteratura manageriale sull'argomento è assai limitata. Se si escludono le riviste professionali e in particolare "L'Ospedale", rivista dell'Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere, le analisi sulle riviste di management sanitario risultano quasi del tutto assenti, confermando un'attenzione assai limitata a tale funzione, alle sue competenze manageriali e al ruolo svolto nella storia del SSN.

Una breve riflessione è proposta da Pieroni e Fantini (2006), che riassumono il dibattito emerso in occasione di un incontro dedicato alla funzione e alle sue prospettive future nell'ambito di Exposanità 2006, tenutosi a Bologna. Tale articolo, cui è seguito un breve dibattito in successivi numeri della rivista Sanità Pubblica e Privata, sottolinea come la funzione abbia vissuto una progressiva delegiferazione¹, che ha reso necessario specificarne il ruolo volta per volta, tenendo conto del concreto sviluppo di staff, dipartimenti e altre soluzioni organizzative in ciascuna specifica configurazione aziendale.

Molto più variegato è invece il panorama della letteratura - che però qui non citiamo - su specifici ambiti di tradizionale e possibile intervento delle DMPO, quali ad esempio i diversi aspetti della qualità, ricca di una letteratura abbondante e varia, dell'*operation management* e della logistica, dell'organizzazione ospedaliera per aree d'intensità di cura omogenee, dell'HTA, ecc.

9.2. ASPETTATIVE E PERCEZIONI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

Per meglio apprezzare quanto detto dai direttori generali rispetto alla funzione DMPO, è utile ricordare che cinque degli undici direttori generali intervistati sono medici, di questi tre sono specializzati in Igiene, un quarto è specializzato in medicina del lavoro e statistica e programmazione socio-sanitaria, un quinto in cardiologia con esperienza anche come direttore sanitario aziendale. Gli altri direttori generali sono in due casi ingegneri, in due casi laureati in materie economiche, in un caso in scienze politiche e in un ultimo caso in giurisprudenza.

Le interviste con i direttori aziendali spesso mostrano un certo disagio nei confronti

¹ Su questo cfr. Cilione e Vercesi (2006).

delle direzioni mediche di presidio ospedaliero (DMPO). Forse solo in un caso ciò non succede, e si tratta di un'azienda ospedaliera con più stabilimenti che intende le DMPO come grandi dipartimenti gestionali, affidando loro il coordinamento delle attività, attuato anche attraverso riunioni settimanali tra direttore della DMPO e direttori dei dipartimenti funzionali. Per il resto i commenti lasciano intravedere situazioni spesso problematiche.

Un direttore generale di ASL sostiene che si tratti di una funzione critica, di cui si richiede un cambiamento culturale.

Un direttore generale di azienda ospedaliera dice che la direzione medica di presidio dovrebbe essere eliminata dove esiste un solo presidio perché le funzioni sono in sovrapposizione con quelle del direttore sanitario. Laddove esistono più presidi è necessario un rapporto strettamente fiduciario con il direttore sanitario aziendale. In ogni caso il campo di responsabilità specifico delle direzioni mediche dovrebbe essere «la gestione igienico-sanitaria della struttura in termini di organizzazione e controllo». Questa visione è però almeno in parte corretta quando lo stesso direttore generale indica tra le competenze chiave del direttore medico quelle di gestire i problemi e le risorse umane, lasciando intendere, con quest'ultimo aspetto un ruolo gestionale molto più forte di quanto detto prima.

Il direttore sanitario aziendale della stessa azienda ospedaliera conferma i problemi della funzione, resa in parte obsoleta dal ruolo che le norme ritagliano per i dipartimenti e dal ruolo che negli ultimi anni è stato svolto dagli staff («oggi, essendo il dipartimento, nell'architettura aziendale, il nucleo portante e non più il presidio ospedaliero, si avverte quasi una condizione di obsolescenza della direzione sanitaria perché in effetti i compiti di organizzazione, gestione qualità, formazione e controllo di gestione sono svolti dal personale dello staff della DG»). Rimane quindi alle direzioni di presidio la responsabilità dell'igiene degli ambienti ospedalieri, che però è riportabile anche alle funzioni del direttore sanitario aziendale. La soluzione organizzativa proposta dal direttore sanitario aziendale è quella di trasferire le funzioni di staff del direttore generale al direttore sanitario aziendale eliminando le direzioni di presidio perché superflue. In questa configurazione, «la direzione medica di presidio deve avere il coraggio di trasformarsi nelle grandi linee di produzione igienistica e diventare vero grande supporto per le aziende ma non come direzione di presidio bensì come raggruppamento di specialisti portatori delle conoscenze igienistiche».

In un'altra azienda il direttore amministrativo sottolinea come la DMPO sia stata certamente un elemento fondamentale di organizzazione e management dei servizi ospedalieri, ma gli sviluppi degli ultimi anni richiedano un ripensamento della funzione, che ancora non sembra aver trovato un nuovo ruolo che ne valorizzi le competenze distintive e garantisca un equilibrio sostenibile con le attività e le competenze di altri servizi. Nella stessa azienda il direttore generale prosegue idealmente il ragionamento, osservando che le attività di molte direzioni di presidio si limitano a quelle previste dal DPR 128/1969 e i tentativi di sviluppare una visione più ampia sono stati

spesso poco efficaci. Lo sviluppo di un ruolo manageriale procede con difficoltà e spesso le leve di gestione si mantengono quelle del rifiuto o della concessione ai clinici. Le aree d'intervento possibile, oltre quelle prescritte dalla normativa, sono quelle della logistica, del controllo di gestione, dell'organizzazione in senso lato. Su alcune cose invece devono necessariamente recedere, ad esempio nel gestire la distribuzione del personale infermieristico tra i reparti. Un elemento di tensione spesso non risolto è il rapporto con il processo di dipartimentalizzazione e coi dipartimenti ospedalieri. Le attività di governo clinico, sebbene siano da anni al centro dell'attenzione dei medici di direzione ospedaliera, in realtà possono trovare competenze altrettanto se non più qualificate in quei clinici che sono già esposti al mondo della ricerca o comunque sensibili a tali temi.

Tali difficoltà sono in qualche misura confermate dal fatto che in un'azienda ospedaliero-universitaria e in un IRCCS la funzione del DMPO sia attualmente svolta dal direttore sanitario aziendale e in una ASL i posti siano vacanti, sebbene con concorso in atto. Ancora in una ASL, direttore generale e sanitario aziendale concordano nel ritenere scarso l'attuale investimento in formazione gestionale per i direttori di presidio: le competenze tipicamente professionali non esauriscono il ruolo, secondo il direttore generale, in quanto occorrono competenze tecniche in linea con lo sviluppo organizzativo e logistico della realtà aziendale.

Pur basandosi su una tradizione forte, le direzioni mediche di presidio ospedaliero scontano insomma una limitata *leadership* loro riconosciuta da parte dei clinici e un ruolo non sempre definito nell'architettura aziendale complessiva. A volte i direttori generali li trovano troppo poco innovativi, pur svolgendo un ruolo che dovrebbe invece essere motore propulsivo di progetti e innovazione, potenzialmente utile soprattutto per la possibilità di sviluppare progetti di miglioramento trasversali rispetto alle specialità mediche ed eventualmente anche rispetto alle diverse professioni. Nonostante tali frequenti debolezze, la figura rimane tuttavia fondamentale. Con un gioco di parole, rimane fondamentale «un presidio forte dei presidi».

Le potenzialità della funzione sono ancora elevate ma a detta di un ultimo direttore generale deve essere superato l'orientamento dato dalla formazione attuale di tipo burocratico (scuole d'igiene) ma si debba privilegiare la *clinical governance* intesa come affinamento delle capacità valutative, di coinvolgimento dei professionisti, di perseguimento di obiettivi. La direzione medica deve sviluppare l'approccio sistemico, valorizzando l'orientamento ai risultati assistenziali, ma anche uno spiccato interesse e visione alle problematiche organizzative. La DMPO non ha solo un ruolo ispettivo ma un ruolo di facilitatore. Le competenze tecniche si devono ampliare in quanto sempre più viene chiesto di partecipare a processi di cambiamento di tipo organizzativo partendo dalla patologia per approdare ad una completa revisione del percorso logistico del paziente o approdando alla riprogettazione di un nuovo ospedale o servizio. Detto in sintesi, la DMPO è in tal senso il promotore e il detentore del «progetto dell'ospedale».

9.3. STATO ATTUALE E PROSPETTIVE DELLA FUNZIONE NELLE VALUTAZIONI DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE

Si può sostenere che molte delle diagnosi circa stato attuale e prospettive dei direttori di presidio ospedaliero circa il proprio ruolo siano un'altra faccia della stessa medaglia già descritta dai direttori aziendali.

In alcuni casi si lamenta una mancanza di chiarezza nella divisione dei compiti tra DMPO e direzione sanitaria aziendale.

In un'azienda la responsabile della funzione tiene a sottolineare come nella sua organizzazione le DMPO siano state svuotate di alcune (e forse meglio sarebbe dire molte) attività e responsabilità. Ciò è avvenuto principalmente attraverso lo sviluppo delle funzioni di staff alla direzione aziendale, ma anche con il rafforzamento del ruolo gestionale dei dipartimenti (che peraltro nella esperienza della ASL si avvalgono del supporto dedicato di un medico igienista). Tutto ciò configura una sorta di limbo per le DMPO, che restano alla ricerca di una più chiara collocazione organizzativa.

A detta dello stesso intervistato c'è però spazio per riacquistare ruolo su alcune leve di management trasversali forti, rafforzando la collaborazione col personale infermieristico, in particolare per la gestione delle piattaforme assistenziali. Questo rilancio del ruolo può passare attraverso:

- il riconoscimento dei presidi come articolazione organizzativa cui affidare la gestione delle risorse economiche nei casi di aziende multi stabilimento, dove quindi l'azione dei dipartimenti gestionali è più difficile;
- l'affidamento di responsabilità di controllo e valutazione dell'attività attraverso sistema informativo e SDO, oggi spesso gestita a livello di direzione aziendale o nei servizi amministrativi;
- il rafforzamento di responsabilità sulle piattaforme assistenziali (blocchi operatori, poliambulatori, sterilizzazione, accettazione e registrazione ricoveri, attività di segreteria amministrativa prestata presso gli ospedali).

9.4. COMPETENZE INDIVIDUALI UTILI A DIRIGERE LA FUNZIONE

La scheda utilizzata per le interviste con i dirigenti responsabili della funzione è qui riportata.

Competenze per la funzione Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DMPO)

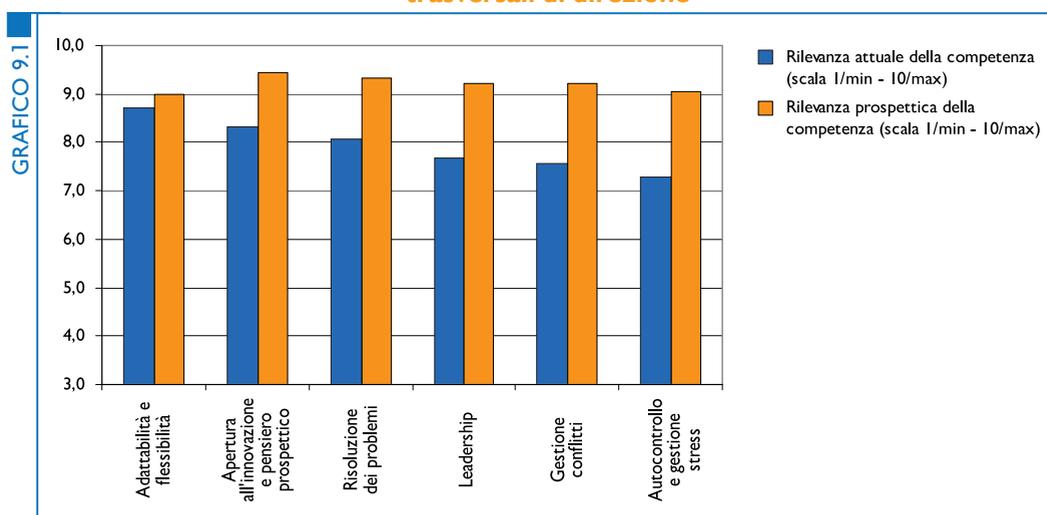
TABELLA 9.1

Rilevanza attuale della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Rilevanza prospettica della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Competenza	Giudizio sulle competenze/ conoscenze da promuovere (scala 1/min - 5/max)
<i>Competenze/capacità individuali trasversali di direzione</i>			
		Adattabilità e flessibilità	
		Apertura all'innovazione e pensiero prospettico	
		Autocontrollo e gestione stress	
		Gestione conflitti	
		Leadership	
		Risoluzione dei problemi	
<i>Conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione</i>			
		Controllo qualità, sistemi di gestione del rischio, ecc.	
		Epidemiologia e statistica sanitaria	
		Innovazioni tecnologiche (anche in ottica HTA)	
		Normativa nazionale e regionale di riferimento (D.P.R. 128, etc...)	
		Organizzazione aziendale	
		Organizzazione socio-sanitaria territoriale	
		Project management	
		Sistemi di programmazione e controllo	
		Trattamento gestione dei dati personale (Dlgs 196/2003...)	

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

I risultati complessivi delle interviste sono mostrati nelle figure seguenti.

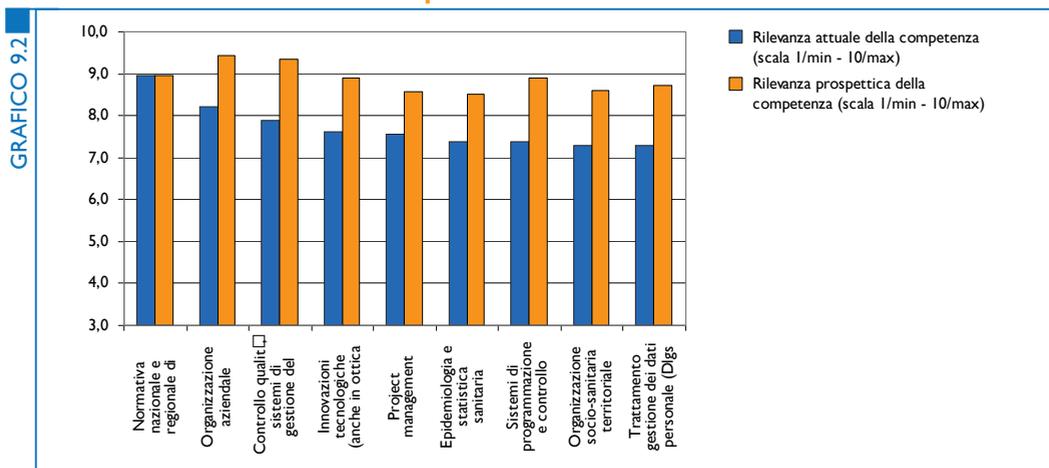
DMPO - Rilevanza attuale e prospettica delle capacità individuali trasversali di direzione



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

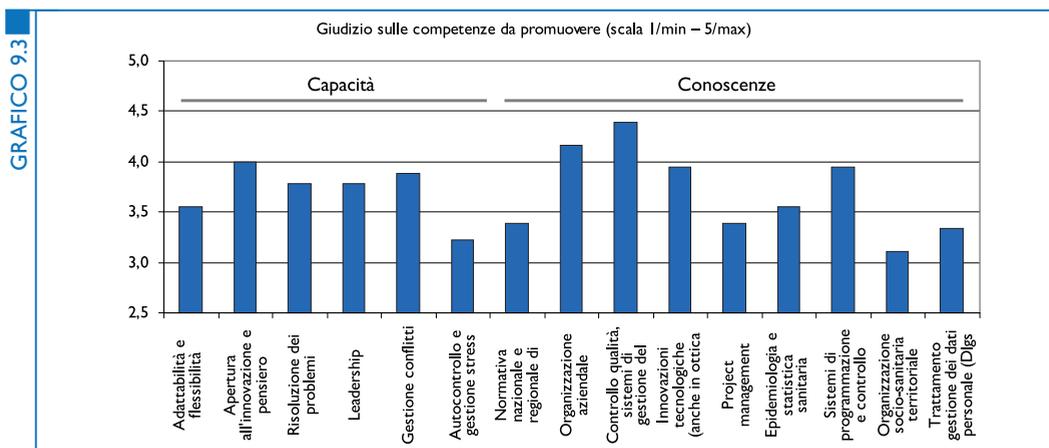
Le capacità ritenute più importanti sono l'Adattamento e flessibilità e l'Apertura all'innovazione e al pensiero prospettico. Tutte le capacità proposte sono ritenute assai importanti, comprese quelle che hanno a che fare con i rapporti interpersonali («un buon medico di direzione sanitaria deve essere una persona equilibrata, capace di gestire i conflitti: una sorta di mediatore culturale») in quanto una direzione medica spesso deve agire in situazioni di emergenza o deve raffrontarsi con progetti che portano conflitti.

DMPO - Rilevanza attuale e prospettica delle conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione



Tra le conoscenze specifiche di ruolo, quella che è ritenuta più rilevante per l'attuale ruolo della DMPO è relativa alla Normativa nazionale e regionale di riferimento (D.P.R. 128, ecc.), ma la distribuzione conferma la natura composita della funzione, che resta a cavallo tra le conoscenze normative, quelle di management, quelle di epidemiologia, quelle legate a sistemi di gestione tipici sanitari quali il *risk management* o altri aspetti della qualità, ecc.

DMPO - Competenze da promuovere con iniziative formative



Quando si passa a guardare le competenze su cui i responsabili di funzione ritengono di dover investire di più con programmi di formazione, troviamo il governo dell'innovazione tecnologica (Controllo qualità, sistemi di gestione del rischio, ecc. e Innovazioni tecnologiche - anche in ottica HTA) o sulle competenze gestionali (Organizzazione aziendale, Sistemi di programmazione e controllo, ecc.). Meno rilevanti le conoscenze legate all'Organizzazione socio-sanitaria territoriale (ciò conferma il giudizio di scarsa rilevanza per la funzione oggi e in futuro) e le capacità di controllo dello stress (questo invece potrebbe essere almeno in parte spiegato dai dubbi circa l'efficacia di una formazione specifica).

9.5. BIOGRAFIE INDIVIDUALI, FORMAZIONE E NETWORK PROFESSIONALI

Gli intervistati sono dieci (in un'azienda le interviste sono state condotte con il DMPO e il vicario, che però hanno compilato un questionario unico). Sette sono donne e tre uomini.

L'età dei dirigenti per i quali possediamo tale informazione varia tra i 48 e i 57 anni, con una media di 52 anni.

Come già per altre funzioni, anche per la DMPO abbiamo alcuni responsabili di funzione che hanno seguito corsi lunghi organizzati dalla Regione per responsabili di struttura complessa (CEFPAS, IREF, Regione Piemonte - AO Molinette, corso Basilicata, corso Veneto) o per direttori d'azienda (corso M. Nironi Agenzia Regionale Sanità Emilia-Romagna). In altri casi hanno seguito corsi lunghi presso istituzioni universitarie (programma CORGESAN della SDA Bocconi, un master in management sanitario). Accanto a tali programmi lunghi ci sono poi un insieme di interventi formativi o specifici di funzione (infezioni ospedaliere e legionella, architettura ospedaliera, *risk management*, ecc.) o di management (SDA Bocconi, ANMDO, ecc.).

In termini di *network* professionale, il principale attore è L'AMNDO (Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera), che organizza numerose iniziative seminariali, tiene una conferenza annuale nazionale e altri eventi delle sezioni regionali, pubblica la rivista L'Ospedale, ecc. Un intervistato ha anche indicato la sezione regionale della SITI (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica).

9.6. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

La direzione medica di presidio ospedaliero gode di una forte tradizione su competenze tipicamente organizzative, che spesso però stentano a trovare una nuova collocazione in un'articolazione delle funzioni gestionali che nelle aziende SSN è divenuta inevitabilmente più articolata.

Da unico luogo che, fino a pochi decenni fa, faceva organizzazione insieme al servizio infermieristico, oramai le attività gestionali si sono professionalizzate, dando luogo ad articolazioni organizzative specializzate, spesso collocate in staff alla direzione aziendale. Inoltre, lo sviluppo dei dipartimenti ospedalieri - lì dove ha avuto luogo - ha spesso contribuito a erodere ambiti di attività e responsabilità tradizionalmente attribuiti alle DMPO. Specularmente a quanto osservato nella scheda relativa ai dipartimenti ospedalieri, la DMPO ha invece mantenuto un ruolo di maggiore responsabilità gestionale nelle aziende in cui la presenza di diversi ospedali non grandi, ha portato a mantenere le responsabilità di gestione delle risorse fisico-tecnica delle risorse in capo alle DMPO, concentrando le attività dei dipartimenti su controllo dell'appropriatezza, definizione e adozione di protocolli e PDTA, controllo della qualità professionale dei singoli operatori, ecc.

In questo quadro è possibile identificare cinque possibili ruoli - non necessariamente alternativi - che le DMPO potranno assumere nel prossimo futuro. Per ciascuno di tali ruoli vengono qui sotto richiamate le competenze necessarie e le modalità di formazione che sembrano più efficaci:

- *Responsabile di progetto.* Gli ambiti ospedalieri sono costantemente oggetto di progetti di miglioramento sia sul piano fisico-tecnico (costruzione di nuovi edifici, adeguamenti strutturali, cambiamenti nelle destinazioni d'uso degli spazi, ecc.), sia sul piano organizzativo, sia su quello professionale. Si potrebbe quindi dire che gli ospedali rappresentino o ospitino in ogni istante una pluralità di cantieri aperti, i cui risultati spesso dipendono dal lavoro coordinato di numerosi attori. In questo senso la figura del capo progetto o comunque di un professionista attento a programmare le attività e controllare che esse rispondano a tempi e qualità previsti, appare cruciale e le DMPO hanno competenze e tradizione che sembrano particolarmente adatti a svolgere tale ruolo. Le competenze chiave in questo caso sono:
 - presentazione d'iniziativa e opportunità (comprese le competenze legate alle tecniche di analisi costi/benefici, alle analisi SWOT, ecc.) → aula interattiva con sviluppo di casi didattici ed esempi;
 - strumenti di gestione progetti (project management) → teoria con esempi;
 - impostazione e conduzione del gioco di squadra → supervisione e supporto su progetti aziendali reali.
- *Key account di uno o più dipartimenti.* Come visto nella scheda relativa ai dipartimenti ospedalieri, questi spesso non sono riusciti ad assumere a sufficienza il ruolo gestionale che era stato previsto dalla normativa e dalle aziende. In generale, le direzioni aziendali lamentano competenze manageriali deboli da parte dei direttori di dipartimento. Tra le ragioni di tali difficoltà è certamente da ricordare almeno il fatto che il ruolo di capo dipartimento non è svolto a tempo pieno ma insieme a quello - già molto oneroso in termini di responsabilità - di direttore di unità operativa. Una seconda ragione è che i dipartimenti ospedalieri il più delle volte mancano di altre figure o di uno staff dedicato. Per questi motivi, affiancare un medico di direzione

ospedaliera al direttore del dipartimento potrebbe costituire una soluzione utile, in quanto capace di dare supporto rispetto ad alcuni sistemi di gestione “lontani” dalla cultura e dalla pratica dei capi dipartimento e di offrire una visione d’insieme sulle attività ospedaliere, non focalizzata sulla singola unità operativa. In questo ruolo il medico di direzione sanitaria svolge un’importante funzione di collegamento tra quelli che sono il sentire e le necessità dei clinici e, dall’altra parte, i sistemi gestionali e le compatibilità economiche e organizzative dell’azienda. Alle competenze già illustrate per il ruolo di responsabile di progetto, che almeno in qualche grado sono tutte rilevanti anche per il ruolo di key account, quest’ultimo ne richiede ulteriori, legate alla conoscenza dei principali sistemi di management contestualizzati ai bisogni e al funzionamento del dipartimento. Modalità di formazione efficaci per queste competenze di *general management* sono:

- aula con uso di *incidents* e casi didattici;
- *study tour*.
- *Gestione del rischio (esclusa la gestione assicurativa e legale) e health technology assessment*. La gestione della sicurezza del paziente è una funzione per necessità diffusa tra tutte le unità operative e i professionisti direttamente impegnati nella clinica e nell’assistenza. Essa inoltre dipende - almeno in certo grado - anche dal lavoro di ufficio tecnico, servizi di mensa e altri servizi di supporto. È però indubbio che le competenze tradizionalmente sviluppate dai medici di direzione ospedaliera e la necessità di avere una visione su processi e strutture che sono trasversali rispetto ai singoli servizi o dipartimenti (es. ambulatori) o che sono complessivi di ospedale (es. percorsi di accesso dei pazienti e dei visitatori), pongano la DMPO in una posizione particolarmente favorevole ad assumere un ruolo importante nello sviluppo e nella gestione dei sistemi definiti in azienda per la gestione del rischio. Un secondo ambito di responsabilità, vicino al precedente, è quello dell’*health technology assessment*. Anche in questo caso si tratta necessariamente una funzione diffusa, in quanto ciascun clinico avrà necessità di aggiornarsi rispetto a tecniche e *devices* che si affacciano sul mercato e sulla pratica professionale. È altrettanto evidente che, a meno della partecipazione a sperimentazioni o ricerche specifiche, nessun’azienda sanitaria ha l’utilità, le risorse e le competenze per generare analisi originali di HTA. Quindi i contenuti dell’HTA in azienda non sono quelli di *produrre* HTA originale, quanto piuttosto di *conoscere, saper trovare e saper valutare* i risultati dell’HTA prodotti da enti specializzati operanti a livello internazionale (NICE, HAS, ecc.) e disponibili nella letteratura e nelle basi dati internazionali. In altre parole chi si occupa di HTA nell’azienda sanitaria è chi sa trovare le informazioni pertinenti e affidabili rispetto alle diverse tecnologie per metterle a disposizione:
 - dei clinici o degli altri professionisti. In questo ruolo l’esperto HTA offre un servizio di supporto e consulenza ai clinici e altri professionisti;
 - della direzione aziendale e dei processi decisionali per la programmazione e gli investimenti.

Le competenze utili alla gestione del rischio possono essere acquisite attraverso formazione teorica d'aula, studio individuale e progettualità operativa con supervisione. Le competenze utili a svolgere un ruolo di HTA possono essere acquisite attraverso la lettura di riviste con sistemi di rendicontazione (sistemi cioè capaci di dare conto di quanto si è letto e delle competenze acquisite) e corsi brevi per l'utilizzo dei motori di ricerca.

- *Gestione delle piattaforme e operation management.* Lo sviluppo di piattaforme identificate e gestite in base alle necessità assistenziali dei pazienti e alle caratteristiche della tecnologia richiesta (ambulatori per esterni, blocchi operatori, aree DH e DS, aree di degenza per intensità o tipologia assistenziale), più che alle decisioni e agli atti clinici dei medici, implica una gestione sganciata dalle unità operative cliniche. La DMPO può assumere responsabilità di gestione diretta di alcune piattaforme assistenziali, coordinando tale responsabilità con quella affidata ai servizi delle professioni sanitarie. Le competenze chiave per svolgere tale ruolo, insieme alle modalità formative che sembrano più efficaci, sono le seguenti:
 - organizzazione del lavoro → formazione d'aula; intervento aziendale tutorato;
 - sistemi di programmazione e controllo → formazione d'aula con *incidents*; gruppo di lavoro aziendale per la definizione degli indicatori di *performance* e per l'*audit* sui processi di programmazione e controllo;
 - gestione dei conflitti → formazione d'aula interattiva.
- *Attività attribuite alla DMPO dalla normativa (D.P.R. 128/1969, D.lgs. 502/1992, normativa regionale).* Si tratta delle attività di tutela della salute, igienico-sanitarie, medico-legali, organizzative su cui le DMPO hanno responsabilità sancite da norme e tradizionalmente esercitate. Per tali competenze l'aggiornamento è garantito dalla partecipazione al *network* professionale (ANMDO, riviste specializzate, convegni e seminari tematici, ecc.).

Infine, nelle aziende ASL o nelle aziende ospedaliere multi-sito, le DMPO sono o possono essere le responsabili del "progetto dell'ospedale" e cioè mantenere il governo complessivo della direzione e dell'ospedale, delle sue condizioni di funzionamento, della qualità delle prestazioni erogate, ecc. Per far ciò, è necessario che la DMPO sia adeguatamente coinvolta nei processi di pianificazione, programmazione e controllo delle attività e possa avere accesso diretto almeno alle informazioni sulla produzione ospedaliera.

10. FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE DISTRETTO SANITARIO

10.1. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA FUNZIONE

Il distretto sanitario costituisce certamente un caposaldo dell'integrazione, principio costitutivo del SSN fin dalla sua istituzione. Ciò detto, le analisi presenti in letteratura negli anni novanta restano assai rare (Oneto, 1994; Cinotti e Stiasci, 1996).

A seguito della riforma "ter" del 1999, che dà nuovo impulso al ruolo del distretto (Maciocco, 2000; Oleari, 2000), le analisi divengono più frequenti con riferimento al suo ruolo organizzativo interno (Da Col, 2000; Zanon e Scarmagli, 2001; Tassinari et al., 2003; Taurino e Panichella, 2007) ed esterno (Testa e Buccione, 2002), agli assetti istituzionali, specie per quel che riguarda l'integrazione socio-sanitaria (Foglietta, 2004), agli strumenti gestionali di cui si dota (Bellomo et al., 2000; Brunello et al. 2006).

Le analisi disponibili in letteratura restano però per lo più ancorate al ruolo del distretto nel governo e nella gestione dei servizi (Gasparetto, 2006), anche con riferimento a esperienze considerate positivamente (Ballarin, 2002), più che alle competenze manageriali funzionali alla sua direzione.

10.2. ASPETTATIVE E PERCEZIONI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

L'analisi della funzione risente dei ruoli assai diversi che i distretti svolgono nelle aziende e nelle diverse Regioni. In alcune aziende essi svolgono un ruolo di committenza e garanzia, in altre invece gestiscono direttamente alcuni servizi. Ciò rende difficile dare una lettura univoca alle esperienze fatte e alle competenze necessarie per la loro direzione. Nonostante l'enfasi posta sul ruolo dei distretti, peraltro condivisibile e ovvia considerate la natura delle attività svolte e la necessità di un'azione integrata con numerosi altri attori sociali e istituzionali, si tratta di una funzione che sembra ancora alla ricerca di un ruolo definito in modo stabile all'interno del sistema e delle aziende. Il ruolo del responsabile di distretto spesso non è definito in modo chiaro né si basa su una tradizione particolarmente forte, com'è invece il caso di alcune altre funzioni indagate.

Un ambito di competenze centrale per i direttori di distretto è comunque quello relativo alle relazioni esterne. Si tratta difatti di un ruolo che al contempo deve mantenere un certo grado di autonomia rispetto alla politica, deve capire e condividere le esigenze della direzione aziendale, deve saper parlare al volontariato e agli enti terzi (CRI ecc.), deve saper interloquire con l'ospedale, soprattutto nei momenti di crisi o in casi particolari. Un aspetto in cui i distretti dovranno sviluppare la propria capacità di risposta è quella della continuità assistenziale in ottica di case management, eventualmente con un pro-

cesso di responsabilizzazione diretta degli infermieri. È questo un tema su cui serve una formazione specifica.

Inoltre, nella gestione delle cure primarie e quindi dei medici convenzionati il distretto deve dimostrare di saper fare realmente e con autorevolezza governo clinico.

Dotarsi di un'organizzazione ospedale-territorio integrata e di percorsi assistenziali avanzati diventa un criterio che distingue le aziende in grado di gestire la *governance* di sistema dalle altre.

A detta di un direttore generale, il distretto si sta sempre più connotando come luogo di gestione della complessità organizzativa. Lo stesso direttore ritiene che sia più indicata una formazione medica per una facilità di approccio con le tematiche cliniche e di rapporto con una componente professionale importante quella dei medici di medicina generale. Come nel caso del direttore medico di presidio, anche per questa funzione si deve sviluppare la formazione per favorire l'adozione di un approccio sistemico che faciliti le relazioni con partner locali (comuni, scuole, associazioni) e con i servizi sociali.

10.3. COMPETENZE INDIVIDUALI UTILI A DIRIGERE LA FUNZIONE

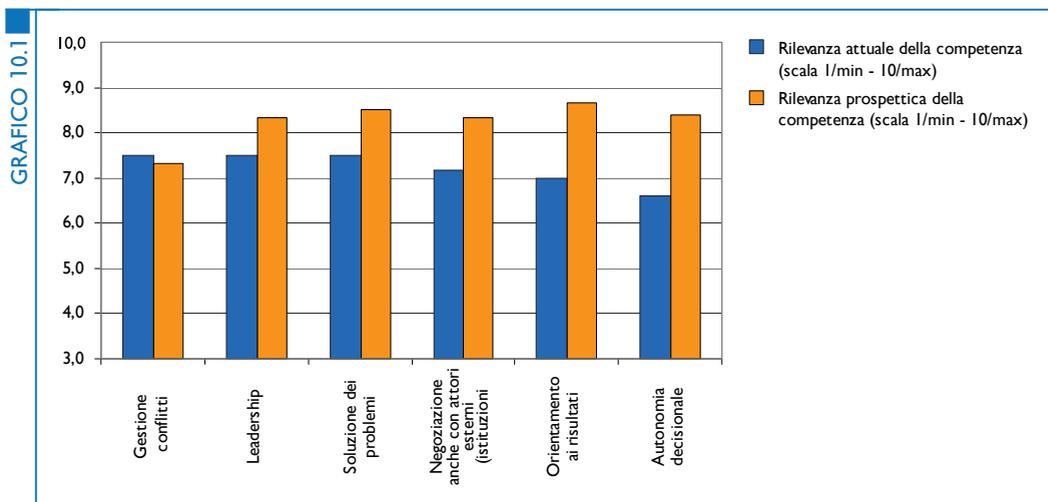
La scheda utilizzata per le interviste con i dirigenti responsabili della funzione è qui riportata.

Competenze per la funzione Distretto Sanitario

TABELLA 10.1	Rilevanza attuale della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Rilevanza prospettica della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Competenza	Giudizio sulle competenze/ conoscenze da promuovere (scala 1/min - 5/max)
	<i>Competenze/capacità individuali trasversali di direzione</i>			
			Autonomia decisionale	
			Gestione conflitti	
			Leadership	
			Negoziazione anche con attori esterni (istituzioni pubbliche e private, professionisti...)	
			Orientamento ai risultati	
			Soluzione dei problemi	
<i>Conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione</i>				
			CCNNLL	
			Contrattualistica personale convenzionato (Accordi regionali e aziendali MMG/PLS e specialisti)	
			Normativa comunitaria in tema di finanziamenti finalizzati	
			Normativa di riferimento	
			Normativa e modelli operativi d'integrazione socio-sanitaria e sociale	
			Organizzazione aziendale	
			Project management	
			Sistemi di programmazione e controllo	

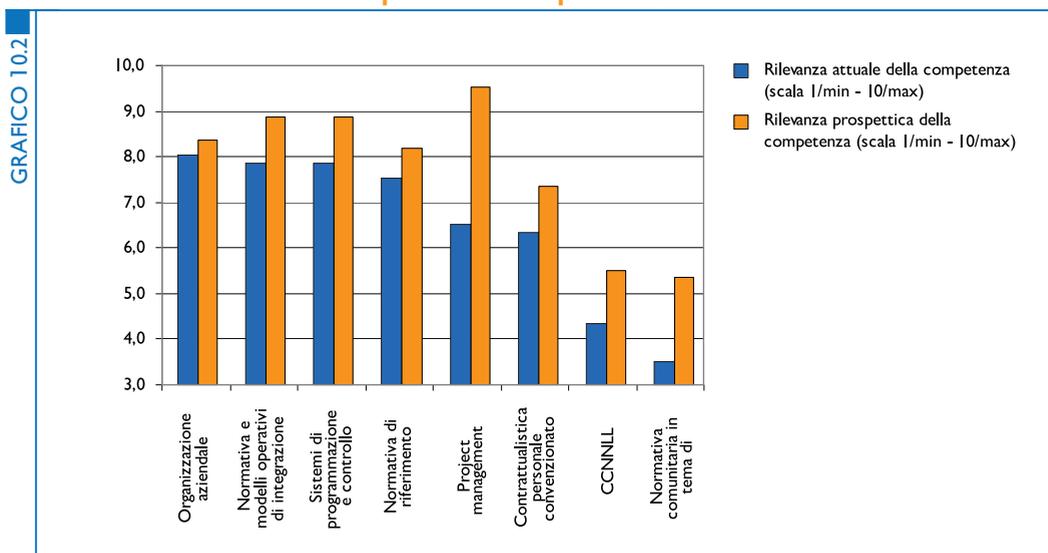
I risultati complessivi delle interviste sono mostrati nelle figure seguenti.

DISTRETTO SANITARIO - Rilevanza attuale e prospettica delle capacità individuali trasversali di direzione



Le risposte medie date sull'importanza delle capacità di direzione non fanno distinzioni particolari né per la situazione attuale né in prospettiva. Da notare comunque l'accresciuta importanza che i dirigenti prevedono per l'Orientamento ai risultati («sono aspetti da migliorare soprattutto quando vanno affrontati temi come continuità assistenziale, progettazione integrata con enti locali ecc.»).

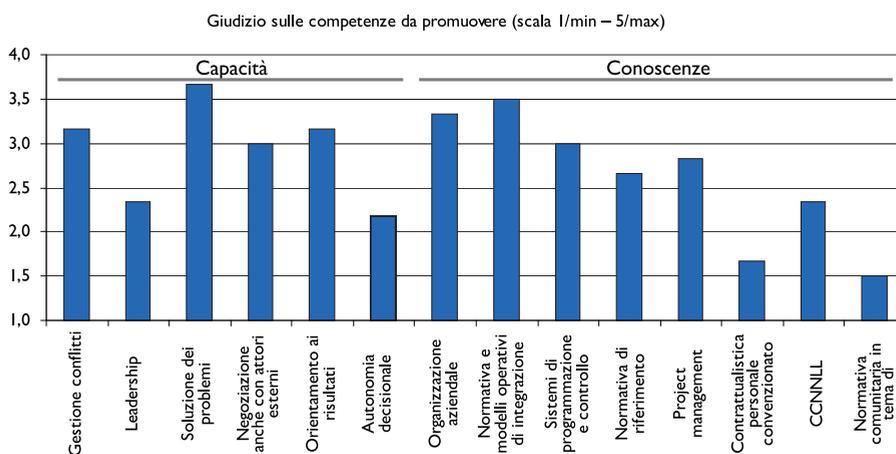
DISTRETTO SANITARIO - Rilevanza attuale e prospettica delle conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione



Le conoscenze giudicate più rilevanti sono quelle relative all'Organizzazione aziendale, alla Normativa e ai modelli operativi d'integrazione socio-sanitaria e sociale, ai Sistemi di programmazione e controllo (su cui si chiede un'attenzione particolare per migliorare gli indicatori di *performance*), alla Normativa di riferimento. Si tratta di conoscenze utili a mantenere relazioni efficaci e corrette, al contempo con un'attenzione alla programmazione delle attività. Meno rilevanti sono invece considerate le conoscenze della Normativa comunitaria in tema di finanziamenti finalizzati (ma un dirigente fa notare come si tratti di un tema a volte è sottovalutato mentre ricopre una importanza rilevante per finanziare progetti in aree montane o sviluppare collaborazioni con associazioni o comunità) e dei Contratti collettivi nazionali di lavoro. Quest'ultima evidenza in particolare è legata anche al fatto che gran parte dei distretti oggetto di rilevazione non hanno responsabilità di erogazione diretta dei servizi e quindi hanno organici ridotti. Da notare il fatto che nelle percezioni dei direttori di distretto intervistati le conoscenze di Project management sono destinate ad assumere rilevanza crescente («molte attività distrettuali sono per definizione per progetto: progetti di vita del disabile, progetto di reinserimento al domicilio, ecc. Ma come valorizzare il progetto e la *performance* attraverso un'attribuzione certa delle responsabilità e la verifica dei risultati sono aspetti migliorabili»).

DISTRETTO SANITARIO - Competenze da promuovere con iniziative formative*

GRAFICO 10.3



* La figura usa una scala diversa da quella utilizzata per le altre funzioni

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

La formazione è auspicata sulle capacità di Soluzione dei problemi, sulla Normativa e i modelli operativi d'integrazione socio-assistenziale e sociale e sull'Organizzazione aziendale. È ritenuta invece meno rilevante per la Normativa comunitaria in tema di finanziamenti finalizzati, per la Contrattualistica del personale convenzionato (anche se non conosciuta in modo approfondito può essere facilmente "tirata fuori" dalla documentazione o dall'ufficio del personale, e la stessa cosa capita per i CCNLL: «è necessario

conoscere le cose essenziali (ferie, turni, diritti) per il resto ci si appoggia all'ufficio personale»), per l'Autonomia decisionale (per un rispondente si tratta di qualcosa che non s'impara: «chi non ce l'ha non la imparerà mai»), per la Leadership e per i CC-NNLL.

Due aspetti non proposti esplicitamente dalla scheda di rilevazione ma ritenuti importanti da alcuni intervistati sono i modelli di *governance* sui quali innestare percorsi di qualità e percorsi di assistenza per profili di pazienti e la comunicazione, ovvero la capacità dei responsabili di distretto di trasmettere agli *stakeholder* le analisi dei bisogni e i progetti proposti per favorire la collaborazione interistituzionale.

10.4. BIOGRAFIE INDIVIDUALI, FORMAZIONE E NETWORK PROFESSIONALI

Tre dei sei intervistati sono uomini e tre donne.

Le età dei quattro dirigenti di cui abbiamo quest'informazione fa da un minimo di 46 anni a un massimo di 54, con una media di 51.

Tutti laureati in medicina e chirurgia, quattro di loro sono specializzati in igiene e medicina preventiva.

Accanto alla formazione su tematiche specialistiche, hanno anche partecipato ad iniziative di formazione manageriale, in alcuni casi anche impegnativi per durata e impegno. In particolare in un caso si cita un master in economia e gestione sanitaria organizzato nel 1984-85 dal CRESA, un master in public health conseguito alla London School of Hygiene and Tropical Medicine, un corso di perfezionamento in EBM organizzato dall'Università degli studi di Bologna, un corso di perfezionamento in programmazione e organizzazione dei servizi sanitari organizzato dall'Università degli studi di Siena, un corso lungo organizzato dalla Fondazione Zancan per la Regione Veneto e destinata ai dirigenti di distretto (1997). Un dirigente ha frequentato il CORGESAN della SDA Bocconi, edizione 2003-04.

Ricostruire un quadro preciso della formazione manageriale è difficile, almeno per due motivi:

- da un lato già la formazione “di base” dei responsabili dei distretti è assai vicina a quella manageriale e anzi diversi dirigenti sottolineano le competenze gestionali e di organizzazione maturate all'interno dei corsi di igiene e medicina preventiva. Quindi anche tutto l'aggiornamento e la formazione continua possono essere intese come formazione manageriale applicata ai bisogni dell'assistenza sanitaria;
- da un altro lato diversi degli intervistati hanno partecipato attivamente allo sviluppo delle logiche e degli strumenti di management nel SSN o comunque hanno lavorato sui progetti che quegli strumenti hanno progettato si sono formati nei luoghi in cui essi sono stati progettati, hanno svolto funzioni strettamente legate alla programmazione, organizzazione, gestione e controllo dei servizi, a volte con ruoli anche

importanti. In altre parole le competenze di management le hanno sviluppate molto di più durante la formazione di base e soprattutto la pratica professionale, che attraverso attività di formazione continua tradizionale (corsi in aula).

Infine, il *network* professionale principale è costituito dalle associazioni regionali dei responsabili di distretto che poi fanno capo alla CARD (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto), attiva con un convegno nazionale annuale, seminari ed eventi formativi.

10.5. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Quello del direttore di distretto è un ruolo difficile da interpretare in quanto è molto legato al disegno organizzativo aziendale (distretto debole o distretto forte) che ne restringe o amplia le responsabilità. In ogni caso, a prescindere dal modello organizzativo, è comunque un ruolo su cui sono evidenti le pressioni esercitate dalle aspettative dell'utenza che vede nella tipologia dei servizi distrettuali e nella loro facile accessibilità il livello di efficienza o inefficienza dell'Azienda Sanitaria Locale e, in ultima istanza, della direzione generale.

Altro elemento di complessità è rappresentato dalla grande eterogeneità e multidisciplinarietà delle figure presenti sul distretto che devono essere coordinate dal direttore e che ne vorrebbero fare erroneamente una specie di "tuttologo" con competenze molto tecniche. La dimensione manageriale può così essere fraintesa e mal interpretata rendendo il direttore del distretto il più "bravo" dei professionisti e non invece il più "bravo" tra i manager aziendali nel gestire le problematiche del territorio.

Alle professionalità citate si aggiungono poi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che spesso hanno approcci diversi a quelli del direttore sull'uso delle risorse e sul loro impatto economico a livello di servizio sanitario regionale.

Altro interrogativo importante riguarda la professionalità del direttore di dipartimento, ovvero se debba essere un medico, un sanitario (spesso psicologo), oppure un dirigente non sanitario. Da questo punto di vista un aiuto nella scelta del profilo professionale da privilegiare potrebbe essere offerto da un attento esame delle responsabilità assolute dal direttore di distretto, che in grande parte sono gestionali, organizzative e soprattutto di valutazione economica degli interventi erogati. Oggi in ogni caso l'incarico è generalmente affidato a dirigenti di ruolo sanitario, in grande maggioranza medici (come sono tutti i responsabili di funzione da noi intervistati).

La molteplicità delle attività distrettuali - attività di natura sanitaria, socio sanitaria e amministrativa - richiede, al contempo, una generale capacità di conoscere i loro contenuti generali e le loro specificità. Proprio per questo motivo il direttore del distretto deve essere posto ad un livello di coordinamento superiore, lasciando poi alle specifi-

che professionalità la gestione più diretta di ogni intervento sul territorio.

Le competenze indicate dai ricercatori sono state riconosciute come valide dai direttori di distretto intervistati. Attualmente la più importante è la “Soluzione dei problemi” mentre quella che è percepita d’importanza minore è l’”Autonomia decisionale”. La situazione cambia quando si consideri la rilevanza delle competenze prevista per il futuro. In questo caso sono l’”Orientamento ai risultati” e il “Potere decisionale” gli aspetti segnalati come più rilevanti: competenze cioè che devono essere correlate con quanto detto sopra e cioè con l’implicito auspicio espresso dai direttori di distretto per una maggiore legittimazione organizzativa del loro ruolo, associata a una più chiara collocazione gerarchica.

In tema di conoscenze quelle più significative riguardano l’Organizzazione e i sistemi di gestione nel loro complesso. Per il futuro è previsto un aumento marcato della rilevanza del Project management che con la capacità di Soluzione di problemi, l’Orientamento ai risultati e l’Integrazione evidenzia un profilo di competenze più volto alla conoscenza e alla progettazione di percorsi di cambiamento o di riorganizzazione nell’ambito del distretto.

L’attività formativa per una corretta crescita professionale del direttore di distretto è da affrontare sotto diverse angolazioni, in parte mediante la didattica, in parte mediante azioni di *action learnig*, ovvero di formazione sul campo.

La capacità di Soluzione di problemi si manifesta mediante comportamenti, intuitivi o sequenziali, volti a ricercare le risposte più adatte ed efficaci alle situazioni difficili e ai temi complessi, tentando strade diverse. Concretamente ciò si manifesta mediante:

- la definizione di alternative fondamentali in termini di possibili soluzioni;
- l’analisi delle probabilità di rischio e di successo (costi e benefici) delle diverse azioni;
- la formulazione delle linee d’azione in grado di favorire la presa delle decisioni.

Questo tipo di capacità è acquisibile mediante:

- didattica, anche attiva, che aiuti ad apprendere:
 - la formulazione di strategie e la costruzione di documenti operativi,
 - l’analisi dei costi e dei benefici dei progetti di cambiamento;
- costituzione di gruppi di lavoro interaziendali e/o regionali quali momenti di ascolto di esperienze significative attivate da colleghi o da altre realtà.

Sul fronte invece del Project management e dell’Integrazione la crescita professionale può essere perseguita mediante corsi di formazione monotematici con l’uso di *incidents* e casi didattici.

In ogni caso la spiccata attività organizzativa e gestionale del direttore di distretto traccia un profilo sicuramente di tipo manageriale per il quale ogni competenza di questa natura deve essere sostenuta, accresciuta e costantemente aggiornata nel tempo.

II. FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE GESTIONE DEL PERSONALE

II.1. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA FUNZIONE

Rari prima della riforma del 1992 (Fiorentini, 1988; Vaccani, 1988), i contributi presenti in letteratura sulla gestione del personale in sanità sono divenuti assai più frequenti già a partire dalla prima aziendalizzazione del SSN (Fiorentini, 1992; Zangrandi e Bandini, 1992; Longo e Di Palo, 1995; Tota, 1995).

La prima tornata contrattuale successiva alla riforma del pubblico impiego del 1993 (d.lgs. 29/1993) dà forte impulso alla proposta e all'analisi di sistemi di graduazione delle posizioni (Longo, 1997; Zangrandi, 1997), di valutazione del personale (Rossetti e Russo, 1997; Oliviero, 1998; Misuraca e Zambonin, 2001) e di retribuzione al merito (Casati e Valotti, 1996; Adinolfi, 1998; Casati et al., 1999; Bergamaschi, 2000). Negli anni seguenti i contributi sulla valutazione si fanno più attenti alle difficoltà delle esperienze SSN (Bandini, 2002; Del Vecchio, 2000a; De Pietro, 2002c; Del Vecchio e De Pietro, 2002), a descrivere le esperienze aziendali (Bonetti et al. 2001; Simonetti e Taurino, 2002; Carlucci et al., 2002; Baldantoni et al., 2006) e a rafforzare l'integrazione tra i diversi sistemi gestionali aziendali (Filannino, 2002; Baldantoni et al., 2003).

Negli anni più recenti, diversi contributi hanno riguardato, tra gli altri, i temi del clima organizzativo (Cavalli, 1999; Borcic et al., 2003; Caroli et al., 2003; Santinello et al., 2003; Spinelli et al., 2003), del ricorso a forme contrattuali flessibili (Grande, 2001; Bandini e De Pietro, 2003; De Pietro, 2005b), delle relazioni sindacali (Marra, 2004; Neri, 2004), dei carichi di lavoro (Pesaresi et al., 2003; De Pietro e Tereanu, 2005), delle assenze e delle inabilità (Tofanini et al., 2001; Costa et al., 2007).

L'attenzione dedicata ai sistemi di gestione ha lasciato in secondo piano la cultura organizzativa e le competenze manageriali necessarie a guidare la funzione gestione del personale con efficacia (Lega, 1998; Longo, 2000; Borgonovi, 2004; De Pietro, 2004; Russo et al., 2007), che pure al momento, come sarà detto nelle pagine che seguono, sembrano gli aspetti più urgenti su cui investire.

II.2. ASPETTATIVE E PERCEZIONI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

«Si tratta già oggi della funzione di management più importante nelle aziende sanitarie, e lo sarà sempre più nel prossimo futuro». Sta tutta in questa affermazione la rilevanza che le direzioni aziendali riconoscono alla funzione di gestione del personale. E sotto quell'affermazione, le attività di maggiore interesse per le direzioni aziendali sono quelle di formulazione delle politiche e di gestione del personale, più che quelle amministrative. Nelle interviste con direttori generali, amministrativi o sanitari, soltanto in un caso

vengono infatti citati i problemi legati al contenzioso o alle procedure relative a trattamento economico, trattamento previdenziale, trattamento giuridico. Più intervistati invece sottolineano l'importanza delle relazioni sindacali, delle politiche del personale, dei contratti individuali per la dirigenza, degli obiettivi individuali, della valutazione individuale, del clima organizzativo. Da ciò discende quindi che il responsabile del personale deve essere «un esperto delle politiche del personale, in grado di orientare e anticipare i problemi emergenti in azienda, di utilizzare gli strumenti contrattuali per tradurre la visione della direzione in indirizzi».

Per quanto riguarda più nello specifico le relazioni sindacali, «il loro stato è spesso poco esaltante, spesso per un'eccessiva frammentazione della parte sindacale e a volte per un livello piuttosto basso della discussione». Una sfida importante per i responsabili del personale riguarda dunque tale dimensione e la necessità, «dettata anche da certo spirito dei tempi, di superare il consociativismo che ha dominato in molto pubblico impiego e molte aziende SSN». D'altro canto in alcune aziende gli stessi uffici del personale fanno notare come le relazioni sindacali restino saldamente nelle mani della direzione strategica e il servizio del personale sia lasciato quindi in secondo piano, a tenere i contatti e a gestire gli aspetti formali dei rapporti.

Sulle soluzioni organizzative più efficaci per orientare tale evoluzione le visioni sono diverse e possono essere ricondotte, per semplicità, alla scelta della collocazione in staff della direzione aziendale o in *line* amministrativa le attività di gestione:

- alcuni affermano che «le due dimensioni cioè quella amministrativo-legale e quella della gestione del personale intesa come grande disciplina all'interno del processo di management continuo della qualità dovrebbero essere separate per una migliore gestione delle risorse umane». In questo senso la funzione, nei suoi elementi più gestionali, «dovrebbe essere posta in staff perché temi come percorsi di carriera, selezione e valutazione delle competenze e delle attività sono aspetti strategici che influenzano in profondità la qualità dei risultati aziendali» e perché in assenza di separazione c'è sempre il rischio che le attività di sviluppo vengano «sacrificate per dare spazio alle routine amministrative». In un altro caso si afferma che le funzioni di staff si occupano di sviluppo, relazioni sindacali, valutazione delle prestazioni individuali, mentre le attività amministrative sono collocate sotto la responsabilità del direttore amministrativo;
- altri riconoscono l'importanza che la separazione ha avuto per lo sviluppo di competenze gestionali più solide, ma che «rispetto ad alcuni anni fa, è terminata la fase in cui era comprensibile e forse anche opportuno distinguere tra attività più amministrative e attività più gestionali, per promuovere invece un'integrazione di queste due anime diverse».

A conferma dell'efficacia di una separazione, almeno come soluzione strumentale a un rafforzamento delle competenze gestionali, viene ad esempio citato il caso delle aziende della Regione Piemonte, che ha previsto che le attività di gestione del personale siano organizzate in due uffici, uno a presidio delle attività amministrative (concorsi,

trattamento giuridico, economico e previdenziale) e l'altro più orientato alle attività gestionali (programmazione, formazione, valutazione). Quell'esperienza, si sostiene, è risultata funzionale ad esempio a una forte evoluzione della formazione interna, che negli ultimi anni si è molto sviluppata anche sotto l'impulso degli uffici OSRU (organizzazione e sviluppo risorse umane).

Da un lato c'è insomma la necessità di solide competenze tecniche di tipo amministrativo e giuslavoristico, anche per sfruttare meglio «i pur limitati spazi di autonomia gestionale» lasciati da leggi e contratti («non è compito dell'amministrazione del personale azzardare, non si possono fare passi falsi, poi lunghi da rimediare e ricucire»). Dall'altro lato l'amministrazione dovrebbe sentirsi più vicina alla gestione, per un governo più efficace dell'azienda.

A confermare la necessità di tale sintesi o comunque di una forte integrazione nel lavoro, si fa presente come in termini di competenze non esistano buoni capi del personale che non conoscano il CCNL: «questa è una condizione di base, il loro lavoro infatti richiede che siano legulei e questo di fatto riduce drasticamente l'utilità di prendere persone non cresciute in sanità. Ciò detto, avere una buona conoscenza della normativa non significa subirla ma anzi è condizione necessaria per identificare i margini di discrezionalità che le attuali regole offrono e proprio il gusto per questa ricerca è una competenza chiave per i buoni capi del personale. In tal senso, un ambito in cui le aziende SSN dovrebbero investire è quello che lega formazione, valutazione e carriera a precisi criteri di valorizzazione del capitale umano. Per questi motivi, non ha più senso tenere distinte le attività di amministrazione da quelle di gestione del personale, né il trattamento giuridico da quello economico».

Nonostante tali bisogni organizzativi, la gestione del personale «rimane la funzione amministrativa che insieme agli acquisti è la più legata alla normativa e a un approccio burocratico». Anche perché «di fatto la funzione del personale non gestisce i professionisti ma gestisce alcune procedure o alcuni servizi resi loro. La gestione dei professionisti, delle loro aspettative e dei loro sviluppi di carriera la fa invece la direzione strategica e negli ospedali la direzione medica di presidio».

11.3. COMPETENZE INDIVIDUALI UTILI A DIRIGERE LA FUNZIONE

A parte alcune possibili evoluzioni nel senso di una possibile esternalizzazione o di un possibile accentramento di alcune attività all'esterno o in logiche di reti sovra-aziendali (ESTAV, ecc.), le maggiori evoluzioni sono attese negli aspetti più gestionali della funzione. L'analisi delle competenze utili oggi e stimate utili nel prossimo futuro dà luogo ad alcune possibili osservazioni.

Per svolgere tale rilevazione e fare le interviste coi dirigenti responsabili della funzione ci siamo avvalsi della scheda qui raffigurata.

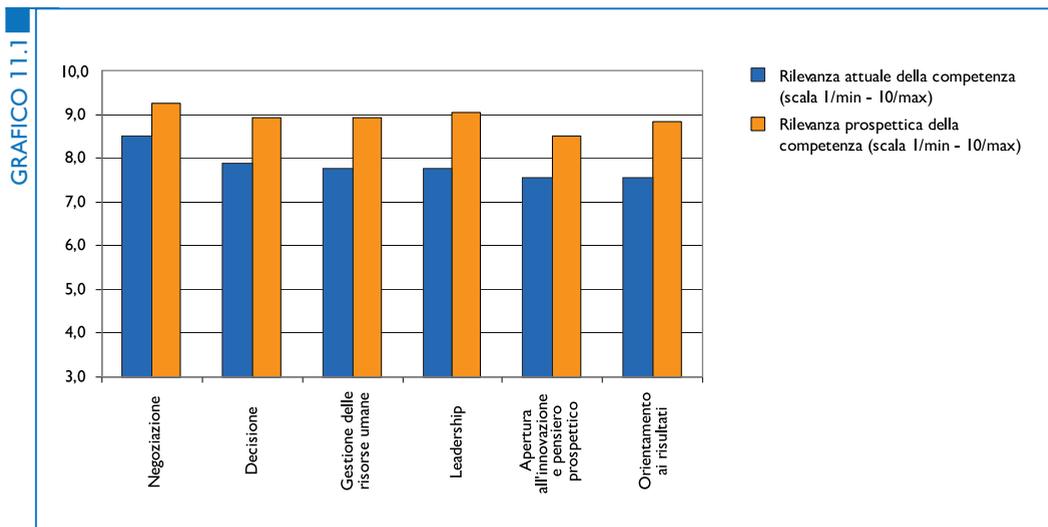
Competenze per la funzione Gestione del Personale

TABELLA 11.1	Rilevanza attuale della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Rilevanza prospettica della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Competenza	Giudizio sulle competenze/ conoscenze da promuovere (scala 1/min - 5/max)
<i>Competenze/capacità individuali trasversali di direzione</i>				
			Apertura all'innovazione e pensiero prospettico	
			Decisione	
			Gestione delle risorse umane	
			Leadership	
			Negoziiazione	
			Orientamento ai risultati	
<i>Conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione</i>				
			CC.CC.NN.L	
			Conoscenza in tema di organizzazione aziendale	
			Conoscenze di sistemi di programmazione e controllo e di sistemi contabili	
			Diritto amministrativo	
			Diritto del lavoro e diritto sindacale	
			Legislazione sanitaria nazionale e regionale	
			Normativa concorsuale	
			Normativa in tema di pubblico impiego	
			Tecniche di comunicazione	
			Tecniche di contrattazione relazioni sindacali	

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

I risultati complessivi delle interviste sono mostrati nelle figure seguenti.

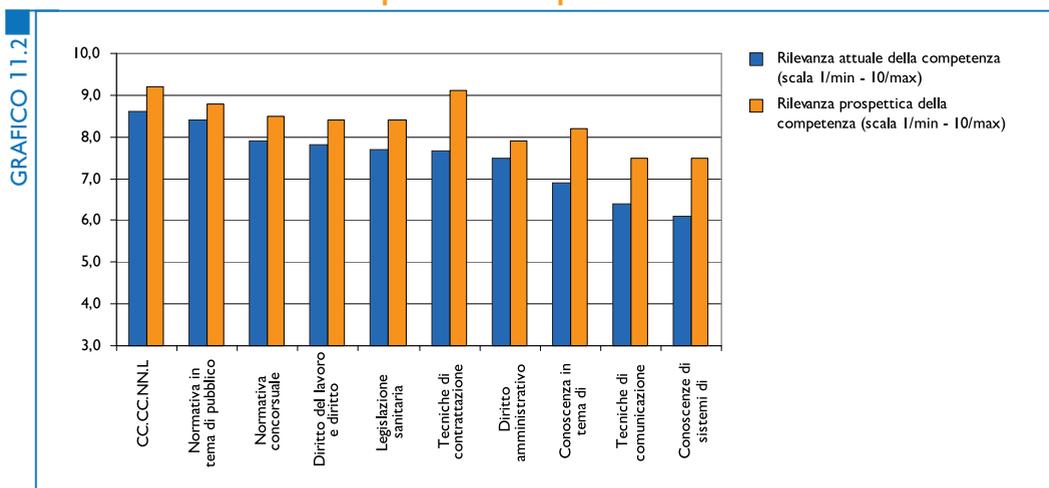
GESTIONE DEL PERSONALE - Rilevanza attuale e prospettica delle capacità individuali trasversali di direzione



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

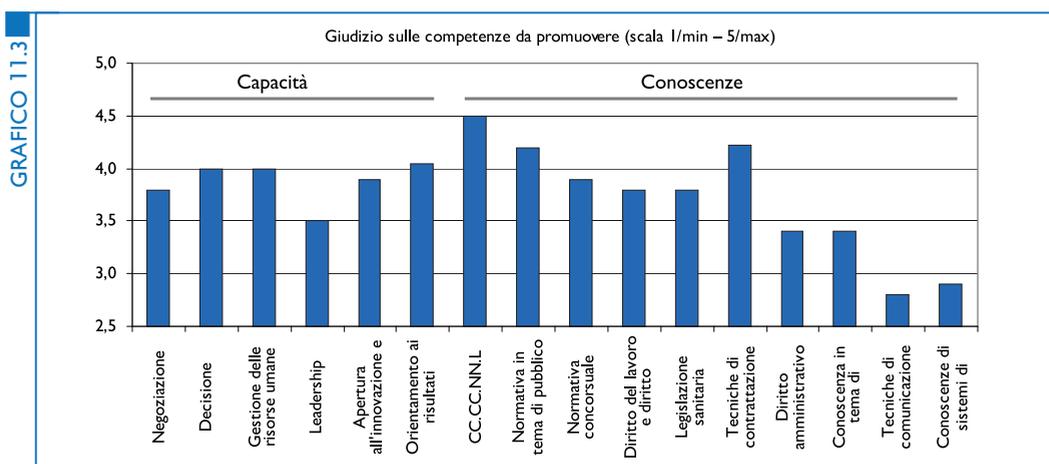
L'esame delle capacità di direzione percepite come più utili oggi e nel prossimo futuro non mette in luce alcun fenomeno capace di suscitare riflessioni particolari. Tutte le capacità presenti sulla scheda sono state confermate come importanti sia oggi che in futuro.

GESTIONE DEL PERSONALE - Rilevanza attuale e prospettica delle conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione



Le conoscenze tecnico-professionali ottengono giudizi più variegati. Quelle considerate più rilevanti sono la conoscenza dei CCNNLL e della normativa giuslavoristica, ma gli incrementi d'importanza maggiori prevedibili nel prossimo futuro riguardano competenze meno legali, quali le tecniche di contrattazione o le conoscenze in tema di organizzazione aziendale.

GESTIONE DEL PERSONALE - Competenze da promuovere con iniziative formative



Quando si guardi infine alle competenze su cui vale la pena investire in formazione, la priorità va sempre all'aggiornamento legato a norme di legge e contratti, ma anche le Tecniche di contrattazione sono considerate un ambito di formazione potenzialmente molto utile, seguito dalle capacità decisionali (anche se in un caso si ritiene che tale competenza sia propria della direzione aziendale e non del responsabile del personale) e di gestione dei collaboratori.

11.4. BIOGRAFIE INDIVIDUALI, FORMAZIONE E NETWORK PROFESSIONALI

Sette dirigenti sui dieci intervistati sono donne.

Cinque sono laureati in legge, tre in scienze politiche, uno è diplomato in ragioneria e di uno non abbiamo informazioni. Si noti che due dei tre dirigenti laureati in scienze politiche in realtà non sono a capo delle attività di amministrazione del personale ma di unità operative dedicate agli aspetti di sviluppo e gestione.

L'età dei cinque dirigenti per i quali abbiamo tale informazione varia tra 40 e 59 anni, con una media di 51 anni.

In almeno due casi i dirigenti hanno avuto contratti ex art. 15 septies. In un caso si tratta di una dipendente che era già inquadrata nel comparto di ruolo amministrativo e a cui è stato affidato un incarico 15 septies in attesa del concorso che due anni dopo l'ha confermata in ruolo quale dirigente a tempo indeterminato. In un altro caso si tratta di una persona che aveva maturato esperienza in uno studio legale ed è stato assunto con contratto dirigenziale a tempo determinato; maturata l'anzianità richiesta, lo stesso dirigente è poi stato assunto a tempo indeterminato come responsabile di struttura complessa.

Tutti gli intervistati hanno seguito attività di formazione, sia specifica di funzione (SDA Bocconi, ISSOS, CISEL, ITA, Il Sole 24 Ore, Scuola di Pubblica Amministrazione, EBIT, INFOR, CEIDA, Scuola Superiore Sant'Anna), sia di management generale. In quest'ultimo ambito le iniziative possono essere ricondotte a tre tipologie:

- in molti casi i dirigenti hanno seguito i corsi organizzati dalle Regioni di appartenenza per i dirigenti dei propri SSR: ARES in Piemonte, IREF in Lombardia, Villa Umbra in Umbria, CUOA in Veneto, Scuola Superiore Sant'Anna in Toscana, CEFPAS in Sicilia, ecc.;
- in alcuni casi dirigenti hanno partecipato a corsi di management pubblico o sanitario presso la SDA Bocconi, il FORMEZ, ecc.;
- alcuni intervistati hanno frequentato corsi lunghi, quali il COGEMSAN organizzato dalla SDA Bocconi, un master sulla qualità nei servizi sanitari organizzato a Padova, un corso di specializzazione in direzione dei servizi sanitari organizzato dall'Università degli studi di Perugia, un master universitario di secondo livello in politiche e sistemi socio-sanitari organizzato dalla facoltà di sociologia dell'Università Federico II di Napoli.

Infine, con riferimento ai *network* professionali, la funzione mostra un debole livello di

sviluppo. Accanto all'aggiornamento normativo e giurisprudenziale (in un caso l'unico *network* citato è quello degli avvocati giuslavoristi esterni), gli intervistati più attenti alle dimensioni gestionali citano tra le fonti di aggiornamento Il Sole 24 Ore Sanità, Meco-san e alcune altre riviste. Anche le esperienze promosse dalle Regioni per costituire momenti di confronto tra aziende e responsabili della funzione sono rare e spesso si sono fermate, salvo in Veneto, dove invece i responsabili del personale si ritrovano a cadenza circa mensile a Padova per discutere problemi amministrativi ed esperienze gestionali. In un solo caso un intervistato ha dichiarato interesse per temi di organizzazione e gestione dei servizi che partono da un'ottica più sanitaria: in tal senso il dirigente frequenta alcuni eventi di formazione promossi dal GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) o da associazioni simili.

11.5. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

La gestione del personale nelle aziende SSN resta ancorata alle competenze giuridico-amministrative, con scarso - e a volte nullo - sviluppo di competenze più specificamente gestionali.

Tale situazione è frutto di diverse ragioni, tra le quali certamente le seguenti due, tra di loro reciprocamente collegate:

- la normativa estremamente dettagliata e complessa che riguarda il pubblico impiego e, ancor più, i dipendenti SSN. Si tratta di un insieme di regole che riguarda l'inquadramento giuridico (collegamento ai profili professionali, ecc.), la retribuzione (presenza d'indennità legate al disagio, ai rischi, ai turni, alle pronte disponibilità, ecc.), la formazione (formazione continua obbligatoria legata ai profili professionali di appartenenza, ecc.), la dotazione organica (coefficienti minimi di dotazione per attivare determinare servizi, ecc.). Tale estrema complessità assorbe di fatto tutte le risorse e l'attenzione dei servizi di gestione del personale, impedendo loro lo sviluppo di sistemi gestionali;
- la formazione giuridica delle persone che hanno responsabilità di gestione del personale e che orienta le sensibilità individuali verso la dimensione giuridica di amministrazione, a scapito della dimensioni più gestionale.

Alcuni esempi di tale forte ancoraggio burocratico-giuridico possono essere trovati:

- nel mancato sviluppo di qualunque sistema di indicatori sulla gestione del personale e persino nella mancata percezione di una loro utilità tra gli addetti della funzione;
- nella ritrosia - o nell'esplicito rifiuto - di entrare nel merito dei metodi di determinazione del fabbisogno (carichi di lavoro e dimensionamento degli organici), e cioè in uno dei temi tradizionalmente centrali per la gestione del personale nelle aziende SSN. Metodi questi che tradizionalmente sono sviluppati nell'ambito della professione infermieristica ma non solo di quella;
- nel mancato sviluppo di sistemi di codifica, riconoscimento, misura e valutazione delle competenze individuali, centrali per la gestione dello sviluppo professionale, della motivazione e dei percorsi di carriera.

Ulteriori segnali di tale situazione possono essere trovati, più di recente, nelle proposte del ministero della funzione pubblica (poi confluiti nel d.lgs. 150/2009), che hanno per la prima volta chiesto di raccogliere, aggiornare e mettere informazioni circa le esperienze professionali dei professionisti SSN (i curricula vitae dei dirigenti disponibili sui siti internet delle aziende); hanno definito misure di quantificazione e di controllo delle assenze; hanno rilevato e analizzato i dati sul ricorso ai permessi ex l. 104/1992, ecc. Si tratta di argomenti centrali per la gestione del personale e per la rendicontazione delle attività svolte dalla funzione, ma mai realmente sviluppate all'interno delle aziende, in assenza di un esplicito obbligo normativo.

Tutte le ragioni sopra esposte spiegano perché le direzioni aziendali SSN auspicano un ruolo del capo del personale diverso da quella che oggi il più delle volte ha. Più che essere l'esperto di questioni estremamente puntuali e tecniche quali le regole di determinazioni dei fondi o le condizioni specifiche che collegano l'anzianità ai diritti acquisiti dal professionista, quello che è auspicato dalle direzioni è una visione più ampia, che sia base per la gestione di politiche del personale. Un possibile esempio riguarda le politiche retributive, su cui oggi spesso le direzioni del personale non riescono ad avere una visione complessiva (es. quanto guadagna un infermiere diurnista nel corso della sua vita professionale o quanto guadagnano i responsabili di struttura, tenendo ovviamente conto della libera professione) ma restano invece legate alle singole numerose voci che le retribuzioni.

Coerentemente con la tradizione burocratico-amministrativa, le competenze oggi considerate come chiave sono quelle giuridiche e la formazione richiesta si sostanzia in aggiornamento normativo.

Uno sviluppo del ruolo che persegua competenze in linea con le aspettative delle direzioni aziendali e che vada nel senso di un'azione più specificamente manageriale richiede investimenti su due piani distinti: da un lato la migliore conoscenza dei contenuti del lavoro nelle aziende sanitarie; dall'altro la capacità di governare le politiche del personale. Ciò a sua volta necessita di particolare attenzione sulle seguenti competenze, per ciascuna delle quali si indicano anche le modalità di formazione più efficace:

- apertura all'innovazione e pensiero prospettico → partecipazione a *network* professionali di funzione ma non limitata al settore sanitario (ad esempio partecipazione all'AIDP - Associazione italiana direttori del personale, oppure all'AIF - Associazione italiana formatori ecc.); coinvolgimento e responsabilizzazione nei processi di pianificazione aziendale;
- conoscenze in tema di organizzazione aziendale → formazione d'aula; partecipazione ai processi di programmazione aziendale;
- negoziazione e tecniche di contrattazione → aula interattiva (*role playing*, simulazioni, discussione di casi didattici);
- programmazione fabbisogno → gruppi di lavoro interaziendali e interprofessionali (con il coinvolgimento dei servizi infermieristici e delle altre professioni sanitarie);
- modelli e strumenti di micro-organizzazione organizzativa → formazione d'aula; studio individuale; osservazione partecipata e tutorata;
- tecniche di selezione e gestione dei colloqui individuali → aula interattiva.

12. FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

12.1. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA FUNZIONE

Funzione tipicamente manageriale, la programmazione e controllo ha largo spazio nella letteratura economico-aziendale applicata alla sanità. Limitandoci agli anni della cosiddetta aziendalizzazione del SSN, i primi contributi accompagnano quella evoluzione (Zavattaro, 1993; Francesconi, 1993) sostenendo l'utilità di adottare sistemi di programmazione e controllo anche nelle aziende sanitarie pubbliche.

Negli anni successivi i contributi sono continuati proponendo manuali e sistematizzazioni della materia (Casati, 2000; Vendramini, 2004), revisioni critiche delle esperienze (Longo e Masella, 2000; Del Vecchio, 2000b; Bergamaschi e Lecci, 2008), estensioni e applicazioni all'assistenza territoriale, tradizionalmente meno studiata di quella ospedaliera per indicatori di budget (Vendramini, 2007), sviluppo di sistemi di programmazione e controllo strategico multidimensionali, in particolare seguendo lo schema proposto dalla *balanced scorecard* (Frittoli e Mancini, 2004; Baraldi, 2005; Ferrari e Merlini, 2006; Barichello et al., 2007), apertura alla rendicontazione sociale (Alesani et al., 2006), analisi delle caratteristiche degli indicatori utilizzati (Bergamaschi e Lecci, 2009), ruolo della programmazione e controllo in reti sovra-aziendali (Barretta et al., 2009).

L'evoluzione della funzione e i suoi diversi possibili ruoli è stata dunque accompagnata costantemente da un'abbondante letteratura che ha via via orientato i controller circa le prospettive della funzione e, di conseguenza, le competenze necessarie a svolgere il ruolo.

12.2. ASPETTATIVE E PERCEZIONI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

La programmazione e controllo ha forse rappresentato l'espressione più evidente dell'aziendalizzazione e con essa dell'innesto di competenze di management in organizzazioni tradizionalmente legate a logiche più professionali e burocratiche. Tale ruolo - anche simbolico - che è stato giocato nel recente passato del SSN, è riconosciuto da tutti gli interlocutori. Nonostante questo apparente accordo, le posizioni circa ruolo, focus delle attività, collocazione organizzativa, prospettive di sviluppo e competenze necessarie per una guida efficace della funzione sono abbastanza variegata.

Rispetto al ruolo, un direttore generale per esempio auspica per la funzione un ruolo di «controllo sul raggiungimento degli obiettivi complessivi e non atto di controllo di legittimità che è per sua natura limitato a pochi atti di natura programmatica e comunque tassativamente previsti dalla legge». In un'altra azienda il controllo di gestione è inteso come servizio che fornisce dati e informazioni utili all'attività della direzione generale o dei direttori di dipartimento e per nulla coinvolta in attività di pianificazione o programmazione né tantomeno alla quale si chiedono soluzioni a problemi gestionali. In un'altra azienda la funzione è responsabile di tutto il processo di budget e della fase di programmazione. Un altro

direttore generale osserva come «le direzioni aziendali oggi al controllo di gestione chiedono dati attendibili. Di fatto da un ruolo d'innovazione e propositivo che svolgevano nei primi anni, oggi i controller sono diventati specialisti del dato, lavorano sugli indicatori ma soprattutto sull'affidabilità delle informazioni rese. Queste informazioni sono poi utilizzate dalla direzione. Per il futuro è prevedibile che le direzioni chiedano ai controller non solo affidabilità e qualità dei dati, ma anche analisi, di lavorare cioè sui dati disponibili». Infine, un'ultima intervista restituisce un ruolo della programmazione e controllo che in prospettiva e negli auspici è vista come una funzione costituita da un insieme di ottimi professionisti capaci di supportare la direzione aziendale nelle sue richieste.

Rispetto al focus delle attività, in alcune aziende l'azione è concentrata sulla contabilità analitica («nonostante le immense difficoltà - teoriche e operative - di sviluppare sistemi di CoAn in aziende dalle produzioni così eterogenee e specialistiche»), altri interlocutori invece ritengono la contabilità analitica, attorno alla quale negli anni passati si sono sviluppate molte attività della funzione, un'attività che ormai «può utilmente essere svolta da servizi economico-finanziari aziendali».

Rispetto alla collocazione organizzativa, la funzione rimane tipicamente in staff, ma un direttore sanitario aziendale afferma che essa «dovrebbe essere una delle funzioni in in Staff alla direzione sanitaria, perché nell'ambito di un'azienda che produce servizi sanitari la conoscenza della domanda per quanto irrefrenabile in sanità è legata a conoscenze di natura epidemiologica di stretta pertinenza dei medici specialisti in igiene», come se la direzione generale rappresentasse finalità istituzionali e aziendali diverse da quelle della direzione sanitaria aziendale.

Infine, rispetto alle competenze necessarie a una conduzione efficace, si ricorda che «i controller sono stati veri innovatori, spesso curiosi, partiti da background molto eterogenei, ma oggi siamo piuttosto ben forniti di tali figure e competenze». Semmai, nota un altro direttore, l'evoluzione delle competenze andrà nel senso di un ulteriore affinamento della tecnica, puntando anche in termini di formazione futura sull'individuazione di strumenti valutativi anche per le attività territoriali, capaci di misurare i livelli d'integrazione tra i servizi e i loro impatti, supportando quindi i percorsi integrati così come le nuove forme organizzative dipartimentali funzionali, dove andranno studiate misure di efficienza dei percorsi e di risultato sul paziente anche in termini di soddisfazione della fluidità dei percorsi.

12.3. STATO ATTUALE E PROSPETTIVE DELLA FUNZIONE NELLE VALUTAZIONI DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE

Un'efficace ricostruzione dell'esperienza della programmazione e controllo nelle aziende SSN e un'utile prospettiva futura è quella offerta dal responsabile della funzione presso la AUSL di Bologna. A detta del dott. Casati la programmazione e controllo è una funzione oramai «vecchia» (nel senso che è presente da molti anni nelle aziende sanitarie ed è stata al centro dell'attenzione quale leva di cambiamento organizzativo e, più in generale, dell'aziendalizzazione del SSN) ma mai decollata appieno. Gli anni di attivazione della funzione sono stati accompagnati dallo sviluppo di *network* professionali quali il "club dei controller" gestito presso il CERGAS Bocconi, che organizzava due-tre incontri all'anno,

e che poi si è trasformato in “club degli staff”, oppure alcuni tavoli regionali.

Una questione centrale per valutare esperienze e prospettive della funzione riguarda il concetto stesso di programmazione e controllo in sanità, che per definizione non è riconducibile alla sola dimensione economica o della contabilità analitica ma deve necessariamente comprendere anche aspetti di qualità e, più in generale, governo clinico (salvo poi avere una interpretazione condivisa circa l'operazionalizzazione di questo concetto). In qualche modo quindi occorre capire se tale attività necessariamente multidimensionale può efficacemente essere spaccettata in più unità organizzative, col rischio ovviamente di avere una frammentazione delle attività, poi difficili da riportare a una sintesi compiuta. La gestione dell'azienda sanitaria è necessariamente molto complessa e a ciò devono corrispondere soluzioni organizzative e strumenti di programmazione e controllo capaci di fare sintesi. Oggi lo sviluppo - pur in atto - di sistemi di valutazione multidimensionale resta spesso diviso tra più persone e servizi, che esprimono sensibilità diverse e stentano a trovare momenti d'integrazione e sintesi condivisa.

Il tempo del controllo dei costi quale principale obiettivo della programmazione e controllo sembra essere finito, senza peraltro saper risolvere i limiti che ha incontrato fin dalle sue origini. La “contabilità dei costi”, come allora si chiamava, nasce perché la contabilità finanziaria non riesce a dire quali costi sono associati alle diverse attività o strutture operative. Da subito il problema da affrontare fu quello derivante dall'aver, eventualmente, i costi, ma non avere la possibilità di confrontarli con i corrispondenti ricavi. Anche le informazioni sulla produzione erano pochissime e molto aggregate, incapaci cioè di apprezzare le differenze di contenuti e qualitative delle attività svolte. Di più, le strutturali asimmetrie informative presenti in ambito sanitario lasciavano facile gioco ai clinici che potevano affermare che una riduzione dei costi si sarebbe accompagnata ad una riduzione della qualità delle prestazioni, lasciando così il controller incapace di esercitare una pressione efficace sui comportamenti professionali.

Col tempo l'analisi della produzione si è molto sviluppata, spostando l'attenzione delle aziende e dei controller dai costi alle attività erogate.

Un rinnovato interesse per i costi è originato dai piani di risanamento chiesti da molte Regioni alle proprie aziende e dai piani di rientro chiesti dal livello centrale alle Regioni che presentavano le maggiori difficoltà economiche nella gestione dei SSR. Ma in quel caso il governo economico si fa più sui conti economici che sui modelli L.A. (modelli ministeriali di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza delle aziende SSN). Ciò detto, rimangono alcune importanti difficoltà, tra le quali:

- le aziende faticano a incidere sulle unità operative attraverso la contabilità analitica, poiché resta debole il collegamento alla qualità e alla quantità della produzione;
- i sistemi di contabilità analitica rimangono diversi tra azienda e azienda, pur in sistemi regionali attenti e coesi come quello dell'Emilia-Romagna (ad esempio ci sono forti differenze nel trattamento del costo del personale assente, ecc.);
- il sistema dei prezzi di trasferimento interaziendali non è sviluppato.

In questo quadro, un settore particolarmente debole e che con tutta probabilità assorbirà risorse e attenzione nei prossimi anni è quello del reperimento e delle informazioni necessarie al monitoraggio delle attività territoriali.

12.4. COMPETENZE INDIVIDUALI UTILI A DIRIGERE LA FUNZIONE

La scheda utilizzata per le interviste con i dirigenti responsabili della funzione è qui riportata.

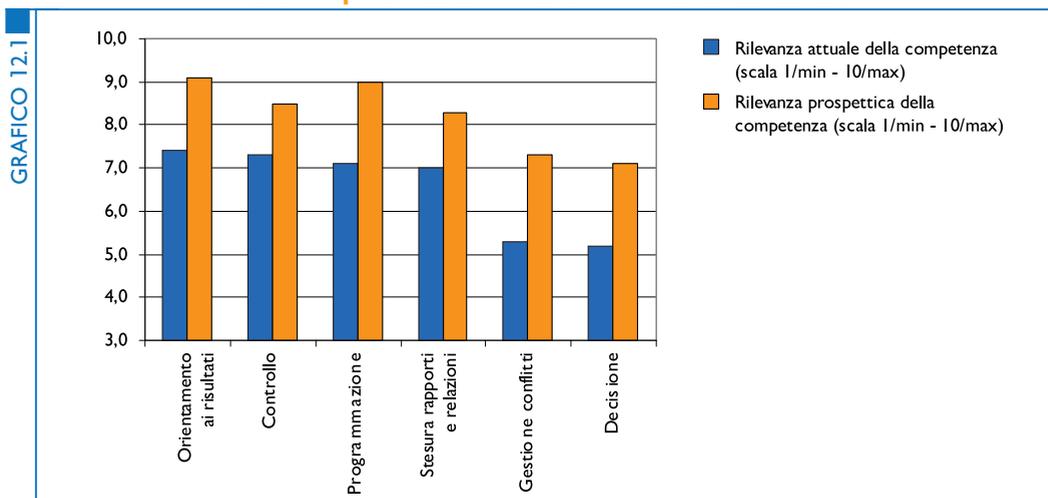
Competenze per la funzione Programmazione e Controllo

TABELLA 12.1	Rilevanza attuale della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Rilevanza prospettica della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Competenza	Giudizio sulle competenze/ conoscenze da promuovere (scala 1/min - 5/max)
<i>Competenze/capacità individuali trasversali di direzione</i>				
			Controllo	
			Decisione	
			Gestione conflitti	
			Orientamento ai risultati	
			Programmazione	
			Stesura rapporti e relazioni	
<i>Conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione</i>				
			Diritto amministrativo e legislazione sanitaria	
			Elementi di base dei sistemi informativi per la gestione dei flussi informativi sanitari	
			Elementi di contabilità aziendale	
			Innovazioni tecnologiche (sw controllo direzionale ecc.)	
			Management pubblico e organizzazione aziendale	
			Sistemi e tecniche di programmazione e controllo	
			Sviluppo e miglioramento indicatori di performance	

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

I risultati complessivi delle interviste sono mostrati nelle figure seguenti.

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - Rilevanza attuale e prospettica delle capacità individuali trasversali di direzione

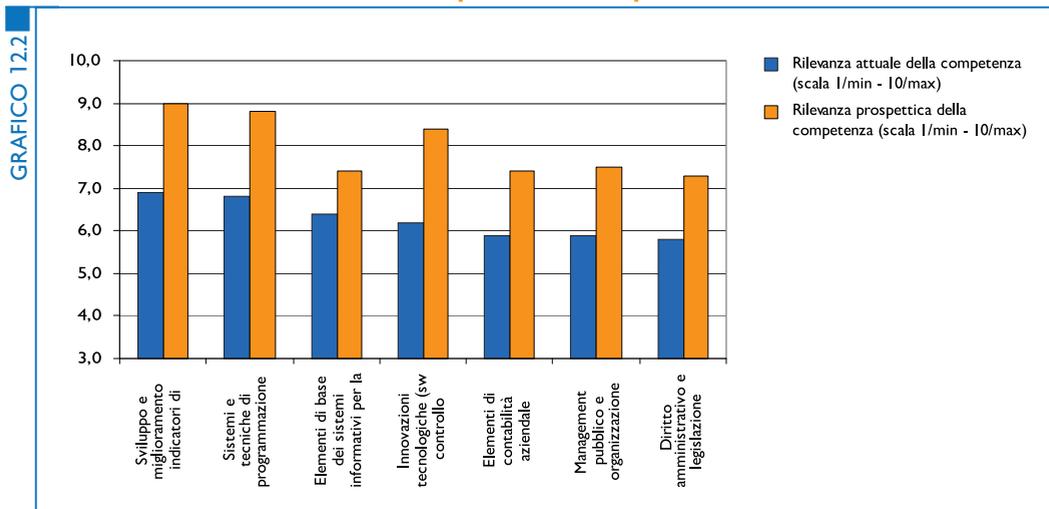


Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Delle sei capacità di direzione proposte dalla griglia di rilevazione, l'Orientamento ai risultati, il Controllo, la Programmazione e la Stesura di rapporti e relazioni sono considerate fondamentali per dirigere la funzione. Meno rilevanti invece sono la Gestione dei conflitti e la Decisione, due capacità strettamente legate tra loro e che dipendono in modo determinante dal ruolo della funzione rispetto ai processi di programmazione aziendale. Un intervistato ad esempio fa notare come la Decisione non sia una capacità propria della programmazione che invece, a detta del dirigente, spetta alla direzione generale: «la programmazione attraverso i dati e l'analisi deve mettere nelle condizioni di decidere». Un altro intervistato fa notare che le due capacità Decisione e Gestione conflitti possono diventare più importanti di quanto non lo siano oggi, se il ruolo della programmazione e controllo si amplia.

Per tutte le capacità si prevede un aumento dell'importanza nel prossimo futuro. La capacità Stesura di rapporti e relazioni in alcuni contesti non è rilevante («non è fondamentale, i numeri sono significativi e rappresentativi delle situazioni. Mentre i report a tutte le unità operative dell'azienda vengono prodotti mensilmente, le relazioni vengono stese sistematicamente solo ogni semestre, ad eccezione di casi particolari, o se richieste»).

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - Rilevanza attuale e prospettica delle conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione



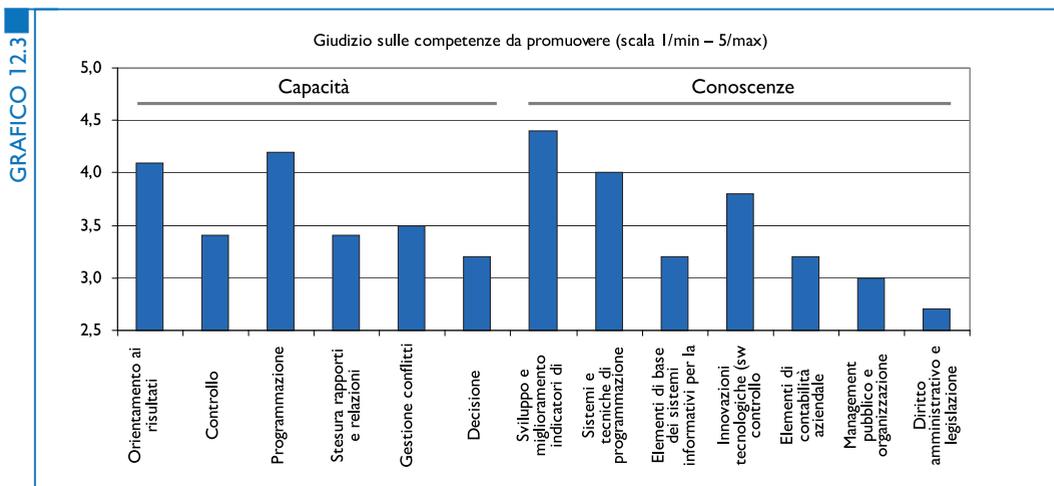
Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Le conoscenze specifiche di funzione più rilevanti sono quelle relative allo Sviluppo e miglioramento degli indicatori di *performance* e i Sistemi e tecniche di programmazione. Per interpretare tali risultati si tenga conto che, come riferito da un intervistato, in molte aziende mature la programmazione è spesso fatta in prima persona dalle direzioni, «che definiscono struttura e indicatori delle schede di budget. Invece il controller

dovrebbe migliorare sulla dimensione del controllo, facendo *business intelligence*, mettendo in collegamento e incrociando i numeri, così da portare nuova conoscenza». Sulla competenza Elementi di contabilità aziendale un intervistato fa notare che, se è intesa come contabilità generale, potrebbero diventare più importante con l'aumento delle pressioni sull'equilibrio economico aziendale.

A differenza di quanto rilevato per altre funzioni, le competenze sottostanti alle capacità di direzione e alle conoscenze specifiche di funzione sono valutate d'importanza diversa ma non c'è una chiara predominanza di un gruppo sull'altro.

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO - Competenze da promuovere con iniziative formative



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Infine, le competenze su cui è ritenuto più utile investire in formazione sono l'Orientamento ai risultati e lo Sviluppo e miglioramento degli indicatori di *performance*. Molto meno rilevante è invece la formazione sulle conoscenze di Diritto amministrativo e legislazione sanitaria e in Management pubblico e organizzazione.

12.5. BIOGRAFIE INDIVIDUALI, FORMAZIONE E NETWORK PROFESSIONALI

Cinque dei dieci dirigenti intervistati sono uomini. L'età varia da un minimo di 37 a un massimo di 60 anni.

Cinque sono laureati in economia. Altri tre sono medici, uno è laureato in scienze politiche, un ultimo è diplomato in ragioneria. Tra i medici uno ha specializzazioni in nefrologia e in igiene, un altro in igiene, un ultimo in medicina dello sport e in igiene.

In un caso un dirigente ha un'importante esperienza pregressa quale controller in imprese private, in un altro caso l'esperienza è nel campo della ricerca, della consulenza e della formazione. Gli altri dirigenti hanno invece esperienze lunghe quali dipendenti SSN.

Due dirigenti hanno un contratto 15 septies senza essere in ruolo SSN. Un altro ha un 15 septies ma è dirigente di ruolo in un'altra azienda SSN. Infine un altro lo ha avuto per un anno (dopo essere stata Ds del ruolo amministrativo), dopo di che è stata assunta a tempo indeterminato.

Gran parte degli intervistati partecipa ad attività di formazione, con un'eccezione (che dichiara di non avere mai svolto formazione nei cinque anni passati sul ruolo). I centri di formazione citati sono quelli legati alle Regioni (CEFPAS, IREF, ecc.), alle università (SDA Bocconi, LUISS, CRESA) o sono centri di formazione indipendenti. Un intervistato ha partecipato a un corso lungo (45 giornate più 9 del livello avanzato) di management sanitario organizzato dall'Università Ca' Foscari di Venezia in collaborazione con la Regione Veneto. In un altro caso un dirigente ha frequentato un Master in management presso l'Istituto Tagliacarne.

Infine, i circuiti professionali citati sono quelli Bocconi (club dei controller, poi divenuto degli staff promosso dal CERGAS) e SIQUAS (quest'ultimo su questioni di miglioramento della qualità, sicurezza, ecc.).

12.6. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

La funzione è sicuramente una tra quelle che si sono maggiormente sviluppate nel corso degli ultimi anni, tanto da essere ormai consolidata e indispensabile in tutte le organizzazioni sanitarie.

Questa funzione aziendale non soffre come altre (per esempio la gestione delle risorse umane), di condizionamenti culturali che ne hanno determinato gli spazi di sviluppo, in quanto offre "servizi" interni indispensabili dei quali la direzione strategica non può fare a meno. Se le aziende possono assumere atteggiamenti di "isomorfismo mimetico" su quanto fanno per il personale e sul valore delle politiche di gestione del personale, così non possono fare sull'effettiva rilevazione dei dati economici, sulla copertura dei costi fissi e variabili, sulla produttività e sulla redditività delle prestazioni. Non ci può essere un controllo di gestione "finto" ovvero che non sia in grado di monitorare (magari migliorandolo) il livello della produzione unitamente al controllo del livello di costi e ricavi (o valorizzazione della produzione).

In secondo luogo, molte Regioni hanno sviluppato nel tempo indicazioni puntuali su come deve funzionare un sistema di programmazione e controllo aziendale e, soprattutto, quali dati deve fornire periodicamente per il governo del sistema sanitario regionale.

Sicuramente la figura del controller non può più essere esclusivamente intesa come quella di colui che "gestisce e monitora" i costi ed i ricavi aziendali, ma come quella

figura che spesso svolge la funzione di *trait d'union* tra altre funzioni o progetti che hanno come obiettivo la coniugazione della dimensione clinica e della dimensione economica dei problemi di funzionamento del sistema sanitario/aziendale.

Rimane in ogni caso da “risolvere” il problema della collocazione organizzativa: della vicinanza al vertice aziendale e del collegamento con la dimensione (direzione) amministrativa dell'organizzazione.

Nonostante questa visione più strategica della funzione e, quindi, del suo responsabile, la rilevazione delle capacità presso le aziende coinvolte nella ricerca evidenzia uno sbilanciamento sui comportamenti più di natura certificatoria dei problemi (anche se di alto livello) e meno di proposta o d'induzione di decisioni in chi ha poi potere decisionale (la direzione generale).

Il trend di sviluppo delle conoscenze future è in linea con il trend delle conoscenze attuali, con un evidente interesse alle aree di sviluppo e miglioramento degli indicatori di *performance* e ai sistemi e alle tecniche di programmazione.

Con riferimento agli indicatori di *performance* la formazione può essere condotta mediante:

- corsi di formazione teorico pratico con sperimentazioni o lavoro su casi;
- lettura di libri e/o riviste specializzate e di settore;
- partecipazione a *network* specifici;
- costituzione di gruppi di lavoro interaziendali e/o regionali quali momenti di ascolto di esperienze significative attivate da colleghi o da altre realtà.

L'area delle tecniche di programmazione può essere affrontata con:

- corsi di formazione con sperimentazioni o lavoro su casi;
- partecipazione a *network* specifici;
- costituzione di gruppi di lavoro interaziendali e/o regionali quali momenti di ascolto di esperienze significative sviluppate da colleghi o da altre realtà.

Rimane però evidente che lo spazio per l'applicazione d'indicatori di *performance* e tecniche di programmazione innovativi dipende per gran parte dai bisogni e dalla volontà delle direzioni aziendali. La natura della collaborazione tra controller e direzione aziendale, insieme alla fiducia che caratterizza tale relazione, definiscono infatti spazi e ruolo della funzione, orientandone in misura determinante lo sviluppo.

13. FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE TECNOLOGIE DELLE INFORMAZIONI E DELLA COMUNICAZIONE

13.1. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA FUNZIONE

La letteratura sulla funzione ICT in sanità segue i diversi ambiti delle sue applicazioni (Buccoliero et al., 2002; Buccoliero et al., 2005; Guerra et al., 2005).

Come prima approssimazione possiamo individuare quattro ambiti principali:

- i sistemi amministrativi (ERP o di altro tipo; Buccoliero et al., 2007);
- i sistemi informativi direzionali (Buccoliero et al., 2005);
- le applicazioni assistenziali intermedie, quali la cartella clinica-assistenziale informatizzata (Caccia et al., 2009) o di altro tipo (Moruzzi, 2002);
- le applicazioni e-health, sia come strumento di diagnosi e cura, sia come strumento di comunicazione sanitaria nei confronti della popolazione target o servita (Annichiarico et al., 2007; Buccoliero e Calciolari, 2006; Bellio et al., 2009).

13.2. ASPETTATIVE E PERCEZIONI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

La diagnosi condivisa da direttori aziendali intervistati è che l'ITC rappresenti una funzione indispensabile per le aziende SSN e centrale per la loro gestione. Ciò nonostante, in molti contesti non risulta presidiata sufficientemente bene. Le ragioni di ciò sembrano riconducibili sostanzialmente a due:

- ci sono alcuni problemi con il reclutamento di persone adeguate a svolgere il ruolo. A sua volta ciò origina in due diversi aspetti:
 - un primo aspetto è che spesso chi ha i titoli non ne sa a sufficienza di applicazioni al mondo sanitario; d'altro canto, chi ha esperienza può non avere i titoli per ricoprire il ruolo di capo funzione;
 - un secondo aspetto è che la centralità della funzione, insieme alla complessità che necessariamente assume nelle aziende sanitarie, necessiterebbe di alte competenze di conduzione, che però mal si conciliano con livelli retributivi non sempre appetibili a confronto con quelli ottenibili nel settore privato (banche, ecc.);
- le aziende sanitarie hanno difficoltà a stare al passo con le imponenti innovazioni tecnologiche degli ultimi anni:
 - per gli investimenti economici che questi richiederebbero. In molte aziende gli investimenti in tale funzione sono di gran lunga inferiori a quelli che sarebbero costo-efficaci, ma è difficile fare di più poiché si tratta d'investimenti che hanno necessità di una visione e di obiettivi a medio-lungo termine, di capacità d'imple-

mentazione, e non godono di una visibilità immediata e importante presso i pazienti o gli utenti;

- per la necessità di saper pilotare le scelte rispetto a tali investimenti. In questo senso, a detta di alcuni direttori i responsabili dei servizi informatici e informativi delle aziende SSN devono cambiare atteggiamento, sviluppando maggiormente la capacità di proporre visioni circa i dati che dovrebbero essere fruibili all'interno dell'azienda (oltre al "quali dati servono", la sensibilità di un responsabile ICT deve poi concentrarsi anche sul come le informazioni sono raccolte, così da garantirsi un flusso affidabile e continuo d'informazioni di qualità).

Un direttore sottolinea l'utilità che la funzione sia strettamente connessa al BPR (business process reengineering), cioè alla revisione sistematica dei principali processi amministrativi e gestionali presenti in azienda, attività a sua volta ritenuta fondamentale per la funzionalità della gestione.

Un giudizio unanime riguarda la necessità che la gestione del sistema informativo rimanga interna all'azienda, eventualmente lasciando la gestione informatica (tecnica) all'esterno, sia attraverso esternalizzazioni, sia attraverso centralizzazioni a livello sovra-aziendale, come per esempio successo nel caso degli ESTAV in Toscana.

In un caso un direttore sanitario di azienda ospedaliera propone di collocare il servizio ITC alle dipendenze di un futuribile dipartimento igienico-organizzativo molto forte, con una dimensione di unità complessa.

13.3. STATO ATTUALE E PROSPETTIVE DELLA FUNZIONE NELLE VALUTAZIONI DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE

L'assistenza sanitaria e la missione delle aziende sanitarie pubbliche rende il ricorso alle ITC oltremodo variegato, importante e complesso. Si pensi soltanto all'esempio della tessera sanitaria (elettronica) e la conseguente correlazione con le informazioni cliniche dei pazienti così come la registrazione di benefici economici derivanti da esenzioni per patologie ecc., alle applicazioni relative a prenotazioni e pagamento delle prestazioni, alla trasmissione di quantità rilevanti di dati utili alla pratica clinica (es. RIS-PACS), alla comunicazione istituzionale, alle applicazioni di *e-health* ed *e-medicine*, all'introduzione della cartella clinico-assistenziale elettronica, ecc.

Di fronte a tale vasto campo d'intervento, spesso le aziende devono agire con poche persone, non sempre competenti e aggiornate.

Causa ed effetto di ciò è anche il crescente ricorso alle esternalizzazioni fatto negli ultimi anni. Esse hanno portato a un progressivo svuotamento delle competenze, ma in parte sono state la risposta all'assenza di professionalità interne al sistema, a volte dovuta al basso numero di personale interno e al loro insufficiente sviluppo professionale.

13.4. COMPETENZE INDIVIDUALI UTILI A DIRIGERE LA FUNZIONE

La scheda utilizzata per le interviste con i dirigenti responsabili della funzione è qui riportata.

Competenze per la funzione ICT

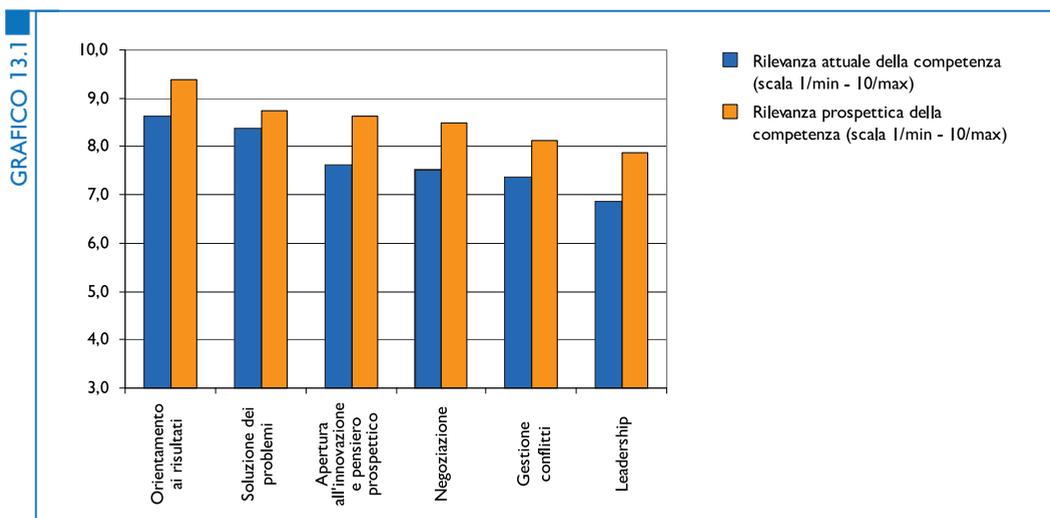
TABELLA 13.1

Rilevanza attuale della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Rilevanza prospettica della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Competenza	Giudizio sulle competenze/ conoscenze attualmente disponibili (scala 1/min - 5/max)
<i>Competenze/capacità individuali trasversali di direzione</i>			
		Apertura all'innovazione e pensiero prospettico	
		Gestione conflitti	
		Leadership	
		Negoziazione	
		Orientamento ai risultati	
		Soluzione dei problemi	
<i>Conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione</i>			
		Analisi costi e benefici	
		Contratti di fornitura e manutenzione	
		Organizzazione del lavoro	
		Project management	
		Sistemi operativi, Data warehouse hardware, reti	
		Tecniche di valutazione delle soluzioni operative	
		Trattamento gestione dei dati personale (Dlgs 196/2003...)	

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

I risultati complessivi delle interviste sono mostrati nelle figure seguenti.

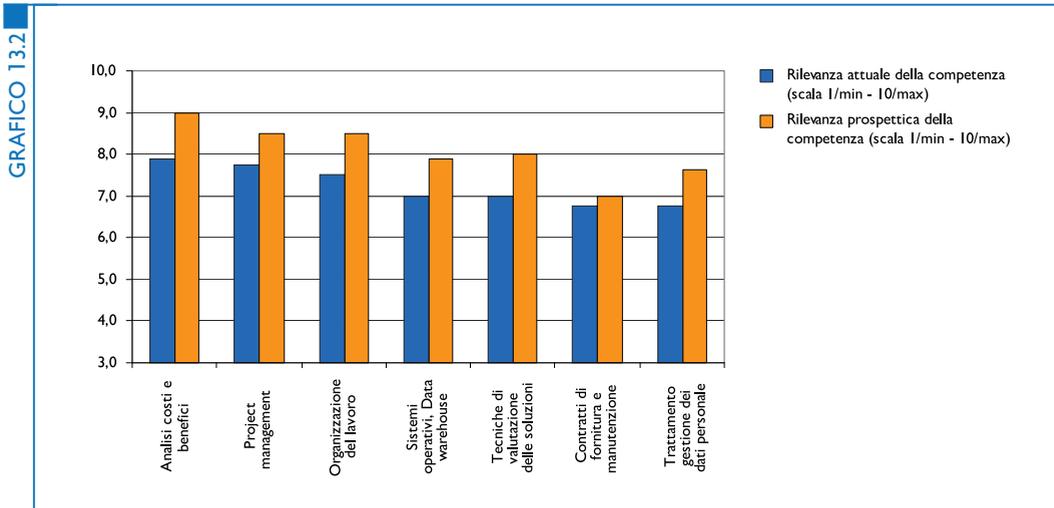
ICT - Rilevanza attuale e prospettica delle capacità individuali trasversali di direzione



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

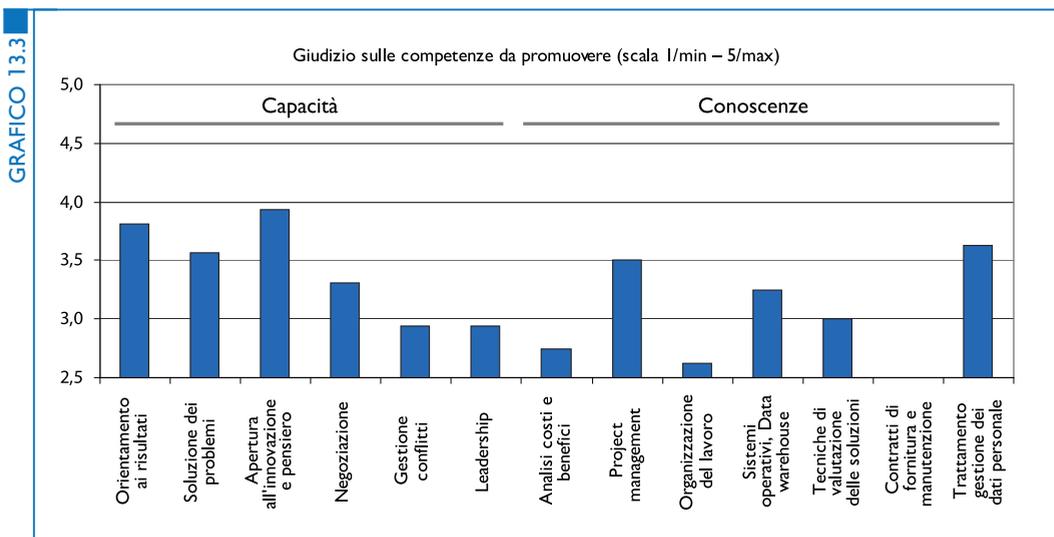
La prima capacità per importanza attuale e futura è considerata l'Orientamento ai risultati, fondamentale in attività caratterizzate da grandi investimenti, lunghe fasi d'implementazione delle soluzioni tecnologiche, ecc.

ICT - Rilevanza attuale e prospettica delle conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione



Collegato a quanto detto sopra - cioè all'importanza degli investimenti, alla criticità dell'implementazione e al ruolo spesso di committenza che l'azienda ha rispetto a fornitori esterni - troviamo che le conoscenze reputate più utili sono l'Analisi costi e benefici e il Project management.

ICT - Competenze da promuovere con iniziative formative



Infine, le competenze per le quali la formazione potrebbe essere più utili risultano essere quelle di Apertura all'innovazione e al pensiero strategico, Orientamento ai risultati, Trattamento e gestione dei dati del personale, Soluzione dei problemi, Project management. È interessante notare che tali priorità non coincidono con le competenze ritenute più utili.

13.5. BIOGRAFIE INDIVIDUALI, FORMAZIONE E NETWORK PROFESSIONALI

Sono uomini sei su otto intervistati. L'età varia da poco più di 40 a circa 55 anni. La laurea in ingegneria è il titolo di studio più diffuso (tre persone), seguito da informatica (2), scienze sociali (1), fisica (1). Un altro dirigente ha un diploma di scuola superiore. Diversi intervistati avevano maturato esperienze importanti nel mondo delle imprese private prima di arrivare nel SSN, dove spesso sono entrati direttamente con qualifica dirigenziale.

Oltre alla formazione tecnico-professionale (Cisco ecc.) c'è, come per le altre funzioni, evidenza della frequenza di alcuni programmi lunghi promossi dalle Regioni (IREF - SDA Bocconi per responsabili di struttura complessa, IREF "potenziamento", Università Ca' Foscari - Regione Veneto), corsi lunghi frequentati autonomamente (es. corso di perfezionamento in Tecniche per la programmazione e la valutazione delle attività sanitarie presso l'Università degli Studi di Siena) e corsi brevi di management (SDA Bocconi, ecc.).

Infine, la funzione ha un circuito professionale nell'ASIS (con sezione veneta) e in alcuni tavoli regionali (ad esempio in Piemonte è attivo un tavolo organizzato dal CSI, il consorzio della Regione specializzato in servizi informatici).

13.6. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Il settore sanitario è da tutti gli osservatori considerato "intensivo in conoscenza". Questa caratteristica implica un'assoluta centralità delle tecnologie delle informazioni e della comunicazione (ICT), che devono gestire molte informazioni di tipo diverso, destinate a utenti differenziati. Tutto ciò comporta una centralità della funzione destinata a mantenersi e aumentare nel prossimo futuro. È difatti evidente che l'utilizzo di tali tecnologie finora è stato solo parziale e che restano ancora numerosi spazi per adottare tecnologie già disponibili e per produrre ulteriore innovazione.

Questo senso di "incompletezza" della funzione è percepito anche dalle direzioni aziendali, che sottolineano di volta in volta la necessità di migliorare l'orientamento ai risultati per i responsabili di funzione; di capire di quali dati l'azienda e i servizi hanno bisogno e poi di assicurare fruibilità, affidabilità e tempestività di quei dati; di sviluppare competenze di negoziazione coi fornitori.

D'altro canto, le direzioni aziendali sottolineano anche alcune difficoltà rispetto al reclutamento dei responsabili di funzione, in parte originate da alcuni ostacoli posti dalla normativa relativa alle qualificazioni («spesso chi ha i titoli non ne sa a sufficienza di applicazioni al mondo sanitario; d'altro canto, chi ha esperienza può non avere i titoli per ricoprire il ruolo di capo funzione»), in parte da una scarsa appetibilità delle retribuzioni SSN per professionisti che in altri settori riescono a ottenere condizioni migliori.

I diversi ruoli e filoni di sviluppo dell'ICT rendono meno facile che per altre funzioni gestionali individuare le competenze chiave per svolgere efficacemente il ruolo di responsabile ICT in un'azienda del SSN. Ciò detto, è possibile evidenziare almeno le seguenti competenze e, per ciascuna, le modalità di formazione e i metodi didattici che appaiono potenzialmente più efficaci:

- *Apertura all'innovazione e pensiero prospettico.* Si tratta di una competenza ovviamente chiave per lo sviluppo di una funzione che ha un ampio spettro di possibili evoluzioni e un tasso d'innovazione marcatamente elevato. Le modalità di formazione più efficaci sono legate, da un lato, a possibili iniziative extra-aziendali (partecipazione a convegni o altre iniziative promosse all'interno dei *network* professionali; *study tour* presso istituzioni che hanno adottato soluzioni ICT d'interesse; gruppi di lavoro regionali o interregionali) e, dall'altro, a un maggiore coinvolgimento nei processi di pianificazione aziendale;
- *Orientamento ai risultati.* L'implementazione dei sistemi richiede spesso il supporto o la collaborazione di diversi attori interni all'azienda, che potrebbero allungare i tempi o distogliere dagli obiettivi programmati. È dunque fondamentale che il responsabile di funzione abbia un forte orientamento ai risultati e sappia attivare tutte le leve organizzative che possono facilitarlo nel compito. Si tratta di una competenza legata a capacità individuali che risulta difficile sviluppare attraverso apposite iniziative di formazione. Potenzialmente molto più efficaci nell'attivare tale competenza possono invece essere i sistemi di programmazione e controllo o di retribuzione;
- *Analisi costi-benefici.* Una competenza evidenziata come cruciale per lo sviluppo della funzione e il ruolo di responsabile è quella relativa alle tecniche di analisi costi-benefici. La modalità di formazione in questo caso è l'aula didattica con il ricorso a casi di studio;
- *Negoziazione e funzione di committenza.* Molte attività collegate ai sistemi ICT sono erogate da attori esterni all'azienda. In questi casi il responsabile di funzione è chiamato a svolgere un importante ruolo di committenza. La modalità per sviluppare tale competenza comprendono il tutoraggio tra pari svolto all'interno di una rete regionale o professionale e l'aula basata sulla presentazione e la discussione di testimonianze;
- *Comunicazione.* La formazione tecnica dei responsabili di funzione a volte non facilita la comunicazione con i colleghi sanitari e amministrativi con i quali si deve collaborare per progettare gli investimenti ICT e per trovare le migliori soluzioni ai proble-

mi o ai bisogni, oppure con i colleghi che sono gli utilizzatori finali di alcuni sistemi. In questi casi è opportuno investire in formazione d'aula interattiva per rafforzare le competenze di comunicazione;

- *Conoscenza dei processi produttivi aziendali.* Infine, uno sforzo particolare è chiesto ai responsabili di funzione e ai suoi collaboratori per capire meglio quali siano i bisogni dei servizi dell'azienda e quali, in generale, siano le potenziali risposte offerte dall'ICT. A tal fine è cruciale conoscere meglio di quanto tradizionalmente successo i processi produttivi tipici dell'azienda in cui si lavora e quindi, in modo particolare, le concrete modalità di erogazione dei servizi clinici e assistenziali. Per questo è auspicabile un maggior coinvolgimento dei responsabili di funzione all'interno di alcuni selezionati processi di tipo clinico e assistenziale. Una seconda modalità di sviluppo di tali conoscenze, attivabile quando la funzione sia focalizzata sulla risoluzione di un bisogno di uno specifico servizi, è l'osservazione diretta del lavoro svolto presso quello stesso servizio, per meglio capire le potenzialità e gli impatti dell'ICT in termini di organizzazione del lavoro, qualità delle prestazioni rese, ecc.

14. FABBISOGNI FORMATIVI E COMPETENZE PER LA FUNZIONE UFFICIO TECNICO

14.1. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA FUNZIONE

Nonostante l'ampia gamma di servizi gestiti dall'ufficio tecnico e ben rappresentati nei casi di studio, la letteratura economico-aziendale su tale funzione in sanità rimane estremamente ridotta. Di fatto essa può essere ricondotta a tre principali filoni, che restano in ogni caso solo parzialmente collegati al tema delle competenze manageriali e quindi non saranno approfonditi in questa sede:

- gestione progetti/lavori (lavori edili di ristrutturazione o costruzione ex novo; es. Dalla Longa, 2004);
- gestione appalti di manutenzione impianti (es. Macinati, 2008);
- ingegneria clinica (es. Cozza, 2005).

14.2. ASPETTATIVE E PERCEZIONI DELLE DIREZIONI AZIENDALI

L'ufficio tecnico tradizionale ha vissuto forti cambiamenti e oggi si può dire abbia almeno due anime: quella dell'ingegneria civile e quella della bioingegneria. Una dinamica particolarmente interessante è quella che riguarda l'ingegneria clinica, che in gran parte delle aziende era stata esternalizzata (contratti di global service) ma ora tante aziende stanno cercando di "riportar dentro". Questo perché, a detta di un direttore generale, si tratta di attività che, se svolte da risorse esterne, «facilmente acquisiscono un orientamento burocratico». Sia nel campo dei lavori, sia in quello dell'ingegneria clinica, servono competenze interne capaci di governare le esternalizzazioni. Nonostante la spinta tecnologica nel settore sia continua, la capacità di risposta degli ingegneri e la loro capacità di adattamento sono giudicate buone dai direttori aziendali. Un primo aspetto specifico d'interesse riguarda i rapporti tra ufficio tecnico e direzione aziendale. Su questo aspetto un direttore nota come in qualche modo l'ufficio tecnico si sia «il luogo più oscuro e più ricco delle aziende». Proprio per questa "opacità" il direttore generale nei confronti dell'ufficio tecnico non è in posizione sovraordinata quanto piuttosto deve cercare di stabilire un'alleanza. A volte tale rapporto può essere messo a rischio dal fatto che l'ufficio tecnico ha conoscenze economiche limitate, il che può dar luogo a incomprensioni o conflitti.

Un secondo aspetto importante riguarda i rapporti con gli altri servizi aziendali. In tal senso una prima relazione importante è quella con le direzioni mediche di presidio ospedaliero, che tradizionalmente hanno sensibilità e competenze rispetto alle soluzioni fisiche e tecniche relative a spazi, logistica, impianti, ecc. A volte tali rapporti risultano difficili e devono essere migliorati, formando l'ufficio tecnico all'ascolto dei suoi committenti interni (direzioni sanitarie, responsabile sicurezza, ecc.).

La seconda relazione importante è quella con i clinici. L'ufficio tecnico a volte la vive con un senso di conflitto (frequente in qualunque relazione che contrapponga commit-

tenti e fornitori interni) oppure con frustrazione, derivante dalle richieste giudicate «inflazionate» dei clinici.

Un terzo aspetto riguarda esternalizzazioni, committenza e centralizzazioni.

Un direttore generale sottolinea la necessità di potenziare la qualità della committenza. «I fornitori non devono orientare i committenti; questi ultimi devono avere maggiori competenze tecniche e maggiore capacità di lavorare in sinergia con altri servizi (ad esempio direzione ospedaliera) per una maggiore garanzia di perseguimento del risultato; devono inoltre sviluppare la capacità di controllo sull'operato dei fornitori esterni».

D'altro canto su tale argomento un altro direttore generale auspica invece l'estensione di soluzioni in global service per tutti i servizi, sottolineando l'efficacia dei contratti che l'azienda ha già stipulato per energia, manutenzione delle apparecchiature elettromedicali e sterilizzazione. In tal senso, a detta del direttore «si potrebbe esternalizzare anche la progettazione per i lavori edili; dovrebbero rimanere, invece, interne alla funzione, il controllo e alcune direzioni dei lavori su cui è bene avere la gestione diretta con personale interno in modo da aver sempre il polso sugli appalti».

Infine, alcune Regioni stanno progressivamente accentrando la gestione di alcuni processi tecnici a livello sovra-aziendale (è il caso ad esempio degli ESTAV in Toscana), lasciando alle aziende il ruolo di programmazione e controllo. Sebbene il rapporto contrattuale sia assai diverso, ciò richiede competenze di committenza di natura simile a quelle richieste dalle esternalizzazioni a fornitori privati.

Infine, rispetto alle competenze specifiche dell'ufficio tecnico, un direttore generale rileva come i professionisti che lavorano sulla funzione abbiano un'idea precisa del concetto di responsabilità gestionale, stabilita dalla normativa in modo molto più concreta e diretta di quanto non accada per gli amministrativi ma anche, in certo verso, per i clinici. Egli inoltre sottolinea come l'eterogeneità delle attività svolte (sicurezza, HTA, progettazione interna, gestione cantieri, risparmio energetico, ecc.) e la specializzazione da esse richiesta faccia sì che il capo dell'ufficio tecnico non abbia conoscenze su tutti tali ambiti, con il risultato di dovere lasciare necessariamente ampi spazi di autonomia ai singoli gruppi o professionisti.

14.3. STATO ATTUALE E PROSPETTIVE DELLA FUNZIONE NELLE VALUTAZIONI DEI RESPONSABILI DI FUNZIONE

L'aspetto chiave nello sviluppo della funzione sembra essere quello del ricorso ai servizi prestati da fornitori esterni. Collegati a ciò, possiamo evidenziare almeno due aspetti particolarmente rilevanti, legati da un lato ai lavori edilizi (funzione tradizionale, che in passato era svolta con risorse tutte interne) e dall'altro l'ingegneria clinica (funzione nuova, che nei primi anni della sua giovane storia è stata tipicamente svolta col ricorso a consulenze esterne o a contratti di global service):

- progettazione e direzione lavori edili: diverse aziende hanno riscontrato che gli affidamenti professionali all'esterno non erano di grande aiuto, «in fondo i problemi di cantiere dovevano essere gestiti da noi e pertanto attualmente tutte la progettazio-

ne e la Direzione lavori viene gestita all'interno del servizio compreso il coordinamento per la sicurezza sui cantieri». Spesso le aziende preferiscono quindi affidare all'esterno gli aspetti specifici e di dettaglio di una progettazione, ma per il resto le attività sono gestite all'interno per favorire l'affrancamento dal fornitore;

- attività di ingegneria clinica: il ricorso al global service può portare a una progressiva perdita di conoscenza delle attività svolte e quindi a ridurre le possibilità di controllo da parte dell'azienda. Per questo negli anni molte aziende hanno lavorato per portare le attività d'ingegneria clinica all'interno dell'azienda e per gestire direttamente l'intervento di primo guasto e seguire direttamente le ditte e l'applicazione dei contratti. In questo senso un ingegnere intervistato sottolinea l'importanza di affiancare ai tecnici delle imprese fornitrici esterne i tecnici dipendenti dell'azienda sanitaria, così da favorire la trasmissione di conoscenze ed essere poi in grado di affrontare le urgenze in modo autonomo.

In generale un intervistato rileva un progressivo depauperamento quantitativo e, almeno in parte, anche qualitativo del personale operante nell'ambito degli uffici tecnici, che al contempo si trovano di fronte imprese fornitrici sempre più specializzate e professionalizzate (in questo facendo considerazioni simili a quelle giù proposte dai fornitori). E le aggregazioni di area vasta, con contratti di manutenzione lunghi (anche nove anni), potrebbero contribuire a indebolire lo sviluppo professionale del servizio.

14.4. COMPETENZE INDIVIDUALI UTILI A DIRIGERE LA FUNZIONE

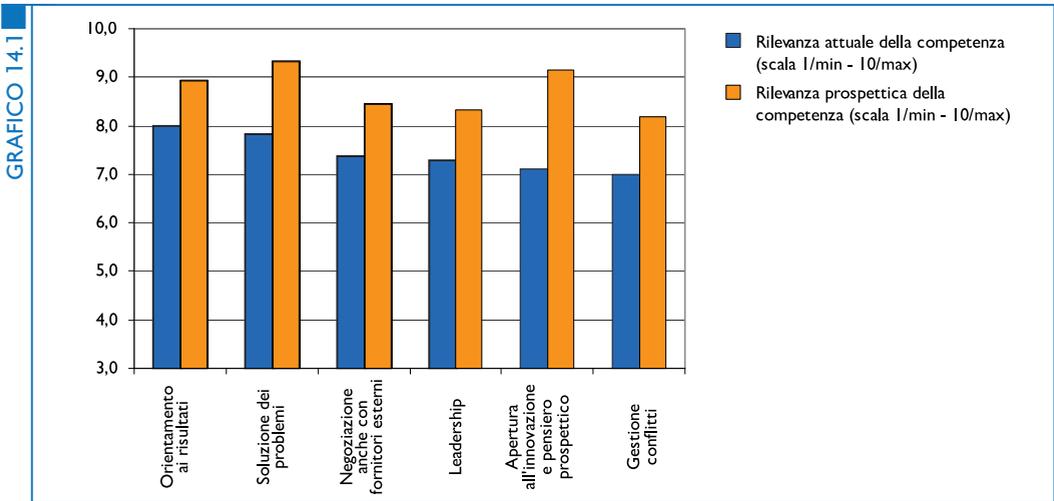
La scheda utilizzata per le interviste con i dirigenti responsabili della funzione è qui riportata.

Competenze per la funzione Ufficio tecnico

TABELLA 14.1	Rilevanza attuale della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Rilevanza prospettica della competenza/ conoscenza (scala 1/min - 10/max)	Competenza	Giudizio sulle competenze/ conoscenze da promuovere (scala 1/min - 5/max)
	<i>Competenze/capacità individuali trasversali di direzione</i>			
			Apertura all'innovazione e pensiero prospettico	
			Gestione conflitti	
			Leadership	
			Negoziazione anche con fornitori esterni	
			Orientamento ai risultati	
			Soluzione dei problemi	
<i>Conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione</i>				
			Analisi costi e benefici	
			Innovazioni tecnologiche (anche in ottica HTA)	
			Manutenzioni apparecchiature non sanitarie (contratti e opere)	
			Manutenzioni edili (contratti e opere)	
			Manutenzioni impianti (contratti e opere)	
			Normativa di settore per accreditamenti e certificazioni qualità	
			Organizzazione del lavoro	
			Progettazione sanitaria	
			Ruolo del RUP (legge 241/90 e aggiornamenti)	

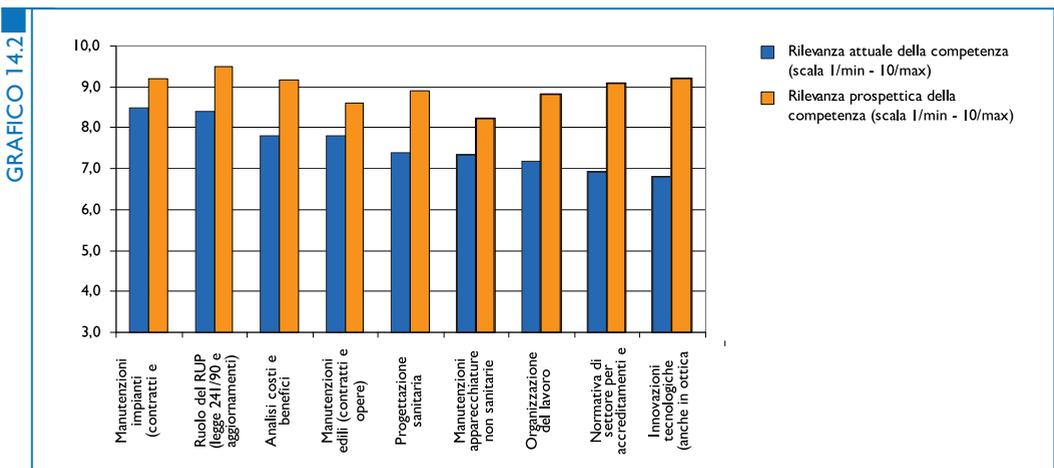
I risultati complessivi delle interviste sono mostrati nelle figure seguenti.

UFFICIO TECNICO - Rilevanza attuale e prospettica delle capacità individuali trasversali di direzione



Le capacità di direzione proposte dalle schede sono state giudicate tutte importanti, sia oggi sia in prospettiva. Le due capacità più rilevanti per dirigere gli uffici tecnici sono l'Orientamento ai risultati e la Soluzione dei problemi, che confermano l'idea di un servizio che lavora su problemi specifici, in parte programmabili (es. costruzione nuovi edifici), in parte no (es. guasti agli impianti). Un po' meno rilevante è la capacità di Gestione dei conflitti che si possono produrre con i fornitori o con gli altri servizi, ad esempio con il provveditorato. Ovviamente in tali casi è necessaria una buona comunicazione, capace di far conoscere e condividere le proprie ragioni.

UFFICIO TECNICO - Rilevanza attuale e prospettica delle conoscenze tecnico-professionali specifiche di funzione

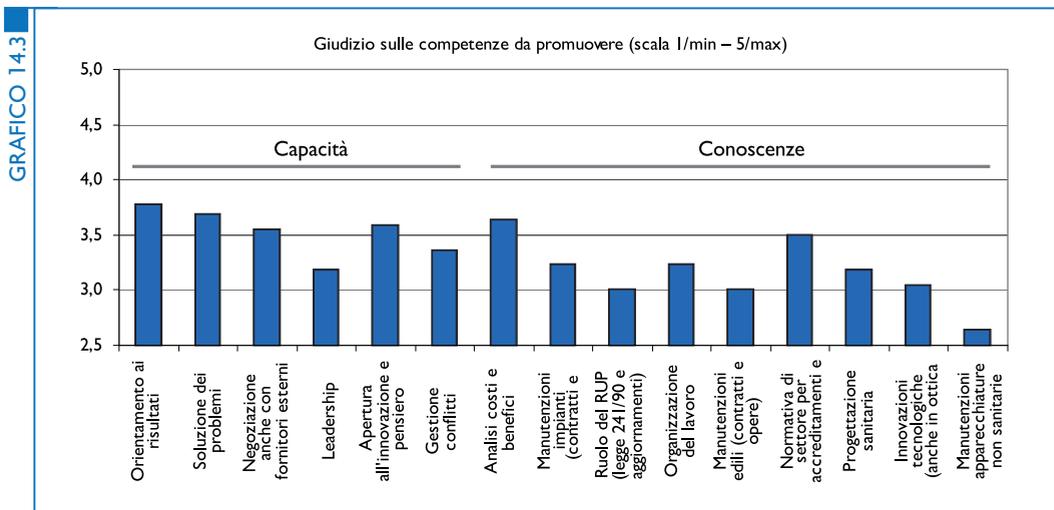


Poco più varia è la fotografia delle conoscenze specifiche di funzione.

Quelle oggi considerate più rilevanti sono le Manutenzioni impianti (contratti e opere) e il Ruolo del responsabile unico di procedimento, capacità oramai al centro del ruolo da diversi anni. Rispetto alla seconda peraltro si sottolinea la necessità di sviluppare la conoscenza enfatizzando non solo gli aspetti procedurali ma anche quelli di controllo dei tempi, delle attività e valorizzando il RUP nel ruolo di integratore dei diversi soggetti coinvolti.

Quelle meno rilevanti sono invece le Innovazioni tecnologiche (anche in ottica HTA) e la Normativa di settore per accreditamenti e certificazioni di qualità. È però interessante notare che proprio queste due sono considerate conoscenze destinate a diventare tra le più importanti in assoluto, facendo quindi evolvere il ruolo potenziale dell'Ufficio tecnico.

UFFICIO TECNICO - Competenze da promuovere con iniziative formative



Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Infine, la formazione è auspicata soprattutto per rafforzare l'Orientamento ai risultati e la conoscenza delle tecniche di Analisi costi-benefici.

14.5. BIOGRAFIE INDIVIDUALI, FORMAZIONE E NETWORK PROFESSIONALI

Gli undici responsabili di funzione intervistati (ad Alba le interviste sono state due) sono tutti uomini.

In due casi sono laureati in architettura, mentre gli altri sono tutti laureati in ingegneria, in prevalenza ingegneria civile (in un caso con dottorato di ricerca).

L'età degli otto dirigenti dei quali abbiamo tale informazione varia tra 36 e 58 anni, con una media di 50 anni. In quasi tutti i casi i dirigenti hanno alle spalle esperienze lavorative in settori diversi dalla sanità (meccanica, aziende municipalizzate, alimentare, uffici

tecniche dei comuni, insegnamento, libera professione, amministrazione regionale, vigili del fuoco, università).

La formazione più citata è quella di tipo tecnico-specialistico (edilizia ospedaliera, diploma per la certificazione ambientale degli edifici, diploma di tecnico ambientale, sicurezza nei cantieri, consumo di energia, incendi, inquinamento acustico, corso per responsabili SPP, ecc.). Due degli intervistati hanno anche partecipato a corsi lunghi specialistici: un intervistato ha partecipato a un corso organizzato dall'Università di Bologna alla fine degli anni ottanta su architettura e ingegneria ospedaliera; un altro ha partecipato, molto più recentemente, a un master in igiene, architettura, edilizia e impiantistica sanitaria organizzato dall'Università Cattolica di Roma.

La formazione manageriale è molto meno presente. In un caso il dirigente ha svolto un corso lungo a Villa Umbra (Regione Umbria). Un altro dirigente ha svolto un percorso formativo della SDA Bocconi articolato su più corsi sul tema specifico del management dell'opera pubblica. In più, diversi dirigenti hanno svolto corsi brevi di *general management* o su sistemi di gestione specifici (es. qualità).

Infine, la funzione mostra la presenza di reti professionali, che però hanno una diffusione molto difforme nelle diverse Regioni o la cui presenza è limitata a un contesto geografico preciso. Così, un dirigente intervistato in Piemonte è presidente dell'AUTOP (Associazione servizi tecnici Piemonte), che per esempio ha prodotto linee guida sull'accreditamento che sono state poi recepite - con modifiche - da parte della Regione. Un altro fa parte di un gruppo di lavoro regionale sull'accreditamento. Un altro frequenta il convegno annuale dell'AIAS (Associazione ingegneri architetti sanità Triveneto). A livello nazionale le associazioni sono la AIIC (Associazione italiana ingegneri clinici), la FENATO (Federazione nazionale tecnici ospedalieri), la SIAIS (società italiana dell'architettura e dell'ingegneria per la sanità) e la AICARR (Associazione italiana condizionamento aria riscaldamento e refrigerazione). Infine, eventi frequentati sono Exosanità, la Fiera della Cogenerazione di Verona e, iniziativa promossa da una delle aziende partecipanti alla ricerca, il convegno sull'ospedale del terzo millennio, che si tiene a cadenza biennale con la partecipazione di testimoni italiani ed esteri, la cui quinta edizione è prevista per il 2010.

14.6. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

L'ufficio tecnico svolge da sempre un ruolo fondamentale a supporto dei professionisti sanitari e delle aziende SSN. Sviluppatisi attorno all'ingegneria civile, la funzione ha progressivamente integrato altre competenze, sia per le manutenzioni e gli impianti che nel tempo hanno vissuto una forte specializzazione, sia rispetto all'ingegneria clinica e quindi alla valutazione, alla programmazione e alla manutenzione delle tecnologie. Queste profonde innovazioni richiedono una disponibilità all'aggiornamento continuo da parte del responsabile di funzione e dei suoi collaboratori.

La funzione presta servizi di supporto dai contenuti specialistici. La qualità del rapporto tra funzione e clienti interni è dunque fattore primario dell'efficacia dei suoi interventi. In numerosi ambiti l'ufficio tecnico non eroga direttamente i servizi ma si avvale di

fornitori esterni. Per questo motivo, anche la qualità della relazione tra ufficio tecnico e fornitori diventa chiave per l'efficacia e la qualità dei servizi resi.

In generale, l'ampia gamma di beni e servizi su cui l'ufficio tecnico è chiamato a esprimersi rende le tecniche di analisi costi-benefici una competenza importante per la funzione e il suo responsabile.

Infine, nella gestione ordinaria l'ufficio tecnico è spesso chiamato - anche con creatività - a risolvere problemi di vario tipo, legato alle manutenzioni edili e degli impianti o di altra natura.

Ricapitolando quanto detto, le competenze chiave per la direzione della funzione e le modalità formative più adatte a ciascuna di esse sembrano le seguenti:

- *Apertura all'innovazione e pensiero prospettico.* Si tratta di una competenza chiave in un settore in cui l'innovazione è costante ed è ancora più critica per il responsabile di funzione poiché, a differenza di quanto accade per il progresso scientifico e tecnologico in campo medico, nelle aziende SSN le persone impegnate sulla funzione sono poche e non sempre coinvolte in reti professionali forti. Le modalità di formazione più efficaci sono legate, da un lato, a possibili iniziative extra-aziendali (partecipazione a convegni o altre iniziative promosse all'interno dei *network* professionali; *study tour* presso istituzioni che hanno adottato soluzioni d'interesse; gruppi di lavoro regionali o interregionali) e, dall'altro, a un maggiore coinvolgimento nei processi di pianificazione aziendale;
- *Ascolto dei committenti interni.* In particolare le direzioni aziendali ritengono importanti - anche se non sempre indolori - i rapporti che l'ufficio tecnico e il suo responsabile devono intrattenere con le DMPO e con i responsabili delle unità operative. In questo senso lo sviluppo della competenza passa attraverso l'attivazione di gruppi temporanei di lavoro che coinvolgono i diversi attori sui temi e i problemi specifici e comunque permettano un'interazione più strutturata con le DMPO, eventualmente anche definendo sistemi di rilevazione della soddisfazione dei clienti interni;
- *Negoziazione e funzione di committenza.* Molte attività che ricadono sotto la responsabilità dell'ufficio tecnico sono in realtà erogate da attori esterni all'azienda. In questi casi il responsabile dell'ufficio tecnico è chiamato a svolgere un importante ruolo di committenza. La modalità per sviluppare tale competenza comprendono il tutoraggio tra pari svolto all'interno di una rete regionale o professionale e l'aula basata sulla presentazione e la discussione di testimonianze;
- *Analisi costi-benefici.* Una competenza evidenziata come cruciale per la direzione dell'ufficio tecnico da parte degli stessi responsabili della funzione concerne le tecniche di analisi costi-benefici. La modalità di formazione in questo caso è l'aula didattica con il ricorso a casi di studio;
- *Risoluzione dei problemi.* Una parte importante delle attività svolte dall'ufficio tecnico consiste nel dare risposte immediate a problemi specifici, proponendo soluzioni anche originali e creative. La capacità di risolvere problemi si basa per buona parte sull'esperienza e sulle attitudini personali. In parte però tali attitudini possono essere rafforzate grazie a iniziative di formazione basate su simulazioni o altre tecniche esperienziali.

15. ALTRI RISULTATI DALLO STUDIO SUL MIDDLE MANAGEMENT

15.1. RICORSO AI CONTRATTI ATIPICI

I casi di studio hanno mostrato un ricorso assai modesto a contratti atipici nelle funzioni oggetto d'indagine. Spesso nel corso delle interviste i direttori generali esordivano dicendo che non avevano contratti atipici ed effettivamente l'analisi delle funzioni oggetto di studio confermava il fatto che incarichi dirigenziali a tempo determinato ex art. 15 septies del d.lgs. 502/1992, 15 octies, collaborazioni coordinate o continuative erano rare in ambito non sanitario.

Si tratta di un risultato in qualche misura sorprendente per la velocità con cui il fenomeno degli atipici è rientrato, dopo anni in cui le aziende li avevano usati, soprattutto per alcune funzioni di staff direzionale.

Le ragioni che spiegano tale evoluzione e tali risultati sono più di una.

Da un lato il ricorso ai contratti atipici è stato a più riprese limitato dalla normativa, che con tali misure perseguiva a sua volta più obiettivi:

- il controllo della spesa pubblica. Molti servizi pubblici - e, segnatamente, quelli sanitari - sono "intensivi in lavoro" e i costi del personale costituiscono quindi la principale voce di costo del loro funzionamento. Ciò fa sì che spesso la politica economica, il più delle volte attraverso la cosiddetta legge finanziaria emanata annualmente, abbia cercato di frenare la spesa pubblica riducendo o bloccando il turnover del pubblico impiego. In molti casi però le pubbliche amministrazioni riuscivano a superare tali vincoli alle assunzioni proprio facendo ricorso ad appalti esterni o a contratti di lavoro che non rientravano tra le fattispecie previste da quelle norme. Di fronte a tale evidenza, la normativa ha reagito cercando di prevenire possibili pratiche elusive messe in atto dalle singole amministrazioni e, in particolare, ha esteso i vincoli non solo al personale dipendente a tempo indeterminato, ma anche ad altre possibili forme di lavoro;
- la limitazione del ricorso a forme di lavoro atipico per attività che non hanno il carattere di temporaneità ma che invece sono routinarie, anche per evitare situazioni di precariato che da un lato rappresentano condizioni di oggettiva iniquità nel trattamento delle persone che lavorano per le amministrazioni e dall'altro possono far maturare facilmente rivendicazioni politiche per una regolarizzazione. È questo ad esempio il motivo che ha spinto di recente il governo a promuovere la cosiddetta "stabilizzazione" di chi, pur con contratti atipici, di fatto era stabilmente inserito nell'organizzazione del lavoro delle pubbliche amministrazioni, e quindi a trasformare il rapporto d'impiego in contratto a tempo indeterminato.

Dall'altro lato il processo di aziendalizzazione e lo sviluppo di esperienze aziendali oramai consolidate ha progressivamente ridotto la necessità di innestare competenze

nuove nelle aziende SSN andandole a reclutare direttamente sul mercato. In altre parole, la principale ragione che per dieci anni aveva spinto molte aziende e molte direzioni generali ad attivare tali contratti cosiddetti atipici era la necessità di inserire in azienda competenze manageriali che fino ad allora rappresentavano una sostanziale novità per contesti organizzativi ancora fortemente connotati dalle sole logiche burocratica e professionale. Col tempo però quelle persone inserite coi contratti atipici hanno diffuso cultura e competenze di management, spesso sono state regolarizzate e stabilizzate, e chi era già in azienda ha progressivamente sviluppato competenze gestionali, sia attraverso l'attività lavorativa, sia attraverso specifici programmi di formazione che, pur in varia misura e con qualità assai varia, negli anni sono stati offerti a tutte le persone che nelle aziende SSN hanno responsabilità manageriali.

In alcuni casi i contratti tipo I5 septies sono oggi usati non tanto per reclutare sul mercato in breve tempo - o per breve tempo - competenze di cui l'azienda è sprovvista, quanto per pagare di più chi è già dipendente dell'azienda o per attirare professionisti già dipendenti di altre aziende SSN. In altre parole il ricorso all'art. I5 septies o simili è a volte usato come leva delle politiche retributive (anche se la normativa prevede limiti quantitativi al suo impiego), sebbene non sembri questa la *ratio* originaria della norma. Nel corso delle interviste e dei *focus group* è stato fatto notare come una possibile legittimazione all'utilizzo dei I5 septies per i propri dipendenti possa derivare da due considerazioni:

- da una parte gli incarichi per i quali sono utilizzati questi contratti sono spesso di natura fiduciaria e prevedono una scadenza al decadere dell'incarico del direttore generale;
- da un'altra parte essi possono costituire uno strumento a disposizione della direzione aziendale per testare le potenzialità e le competenze di un dirigente, in vista del conferimento di un incarico apicale a tempo indeterminato.

15.2. CONTENUTI E NATURA DEI SERVIZI DI STAFF

Un secondo argomento trattato dai casi aziendali riguarda contenuti e natura degli staff aziendali. Una prima evidenza che i casi hanno descritto è l'eterogeneità di collocazione organizzativa per le attività riconducibili alla funzione programmazione e controllo, per quelle più prettamente gestionali della funzione personale, per quelle delle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni, ma anche per alcune attività riconducibili all'ufficio tecnico. Una seconda evidenza riguarda la progressiva riconduzione nelle strutture di *line* amministrative e tecniche di alcune attività già in staff.

L'analisi trasversale dei casi di studio porta a ipotizzare un'interpretazione comune per i due fenomeni sopra citati, e cioè che si sia definitivamente conclusa quella che era stata indicata come «moltiplicazione degli staff» (Del Vecchio, 2000c:232). A seguito dell'aziendalizzazione, e per ragioni in parte coincidenti con quanto già detto per i contratti atipici,

le aziende SSN avevano infatti vissuto un periodo di rapida e consistente crescita di funzioni collocate in staff della direzione aziendale. Per ripercorrere quella storia, possiamo citare Del Vecchio (2000c:233-4): «se si considera che fino ai primi anni novanta le uniche unità con funzioni dichiarate tendenzialmente analoghe agli attuali organi di staff erano i servizi affari generali e legali e lo stato della attuale diffusione e varietà, è difficile sfuggire all'impressione che le motivazioni dell'adozione della soluzione staff vadano più ricercate nelle caratteristiche del rapporto che lega questi organi alla direzione generale, cui normalmente riportano, che alle aree di contenuto o ai problemi cui possono dare risposta in maniera più efficiente rispetto ad altre soluzioni organizzative. In altri termini, non sono i contenuti e i problemi da affrontare che suggeriscono l'adozione di uno staff, ma il fatto che lo staff può assicurare, per composizione e rapporti con la direzione, modalità diverse da quelle di altre soluzioni organizzative (servizi amministrativi) di "copertura" dei problemi. L'interpretazione che si propone è quindi quella di una moltiplicazione degli organi di staff in parte determinata dalla crisi del modello burocratico, che generalmente tende ancora a contraddistinguere il funzionamento degli apparati amministrativi, e in parte sorretta da alcuni degli elementi che qualificano la loro azione quali: fiduciarità [...]; orientamento ai risultati [...]; flessibilità [...]; innovatività [...]. Da quanto espresso emerge che un punto critico da considerare nel valutare i possibili sviluppi degli staff è rappresentato dal rapporto di questi con l'area amministrativa. [...] Per quanto concerne [...] gli staff può essere utile distinguere in prospettiva tre aree diverse di funzioni. La prima è quella propria di sviluppo degli staff in cui fiduciarità, orientamento ai risultati, flessibilità e innovatività rappresentano elementi chiave che caratterizzano in via permanente i compiti che costituiscono la funzione. Una seconda è quella di "supplemento" o sostituzione di funzioni che potrebbero essere allocate nell'area amministrativa e che vengono invece assolve dagli staff per una crisi del settore amministrativo, il quale non riesce a esprimere livelli sufficienti rispetto ai processi di aziendalizzazione di fiduciarità, orientamento ai risultati, flessibilità e innovatività. La terza è quella di funzioni che solo in via transitoria trovano collocazione ottimale negli staff e che dopo un adeguato consolidamento dovrebbero essere trasferite al settore amministrativo. Uno sviluppo degli staff fisiologico, equilibrato e accompagnato da adeguati investimenti nelle risorse umane dovrebbe basarsi su una identificazione, almeno di massima, delle tre diverse aree, cercando soprattutto di evitare il rischio, che pare profilarsi in alcune aziende, di una eccessiva "staffizzazione" delle funzioni. L'affidamento in prospettiva permanente agli staff di funzioni che ricadono nella seconda o terza area, affidamento che evita di affrontare il difficile problema di una rifunzionalizzazione dell'apparato amministrativo, rappresenta una scorciatoia che già nel medio periodo può risultare scarsamente sostenibile. L'affidamento di funzioni improprie agli staff, oltre a ingenerare pericolosi circoli viziosi di deperimento della capacità di risposta nel settore amministrativo, sovraccarica gli staff di compiti per i quali essi non sono strutturalmente adatti. D'altra parte le peculiari caratteristiche delle risorse umane che costituiscono queste unità non permetterebbero neanche un dimensionamento tale da fronteggiare i volumi di attività conseguenti».

Questa analisi, proposta dieci anni fa, è puntualmente confermata dalla nostra rilevazione. I casi di studio mostrano infatti soluzioni organizzative differenziate, che non assomigliano più all'esito di un accumulo progressivo di attività negli staff aziendali. In alcuni casi attività che erano state introdotte in azienda attraverso gli staff sono state successivamente trasferite nelle strutture di line, oppure le competenze sviluppate negli staff sono state poi diffuse agli altri ruoli aziendali. In altri casi lo staff stesso si è articolato al suo interno, anche facendo emergere e specificando le possibili diverse accezioni di tali funzioni.

In generale, sono funzioni di staff quelle il cui interlocutore e utente principale è la direzione aziendale, e non i servizi di *line*.

Con riguardo alle competenze giudicate utili per le singole funzioni, l'analisi per funzione dei casi di studio ci permette d'identificare le competenze che a detta dei titolari delle funzioni sono:

- quelle oggi più rilevanti;
- quelle su cui c'è più bisogno di formazione;
- quelle che aumenteranno d'importanza nel prossimo futuro.

Le prime due informazioni sono sintetizzate in Tabella 12, che per la direzione di ciascuna funzione identifica le prime quattro competenze per rilevanza attuale e per necessità formative.

Le competenze ritenute più rilevanti oggi e quelle su cui c'è maggiore bisogno di formazione (in corsivo le capacità individuali trasversali di direzione, in *italico* le conoscenze specifiche di funzione)

TABELLA 15.1	Funzione	1a	2a	3a	4a	
	Acquisti	ATTUALE RILEVANZA	<i>Negoziazione</i>	Normativa e circolari regionali in tema di acquisti e appalti di beni e servizi	<i>Soluzione dei problemi</i>	Diritto amministrativo e comunitario per la parte di competenza
	FABBISOGNO FORMATIVO	Normativa e circolari regionali in tema di acquisti e appalti di beni e servizi	<i>Organizzazione</i>	Normativa sugli appalti e relativa giurisprudenza	Leggi finanziarie e disposizioni ministeriali e altre autorità specifiche nell'ambito degli appalti	
	Dipartimento clinico gestionale ospedaliero	ATTUALE RILEVANZA	<i>Orientamento ai risultati</i>	<i>Apertura all'innovazione e pensiero prospettico</i>	<i>Autonomia decisionale</i>	Promozione e guida Pdta
	FABBISOGNO FORMATIVO	Tecniche di valutazione delle risorse umane (gestione delle carriere e degli incarichi)	<i>Formulazione di piani e strategie</i>	Sistemi di programmazione e controllo	Organizzazione aziendale	
	Direzione medica di presidio ospedaliero	ATTUALE RILEVANZA	Normativa nazionale e regionale di riferimento (Dpr 128/1969, ecc.)	<i>Adattabilità e flessibilità</i>	<i>Apertura all'innovazione e pensiero prospettico</i>	Organizzazione aziendale
	FABBISOGNO FORMATIVO	Controllo della qualità, sistemi di gestione del rischio, ecc.	Organizzazione aziendale	<i>Apertura all'innovazione e pensiero prospettico</i>	Innovazioni tecnologiche (anche in ottica HTA)	
	Distretto socio-sanitario	ATTUALE RILEVANZA	Organizzazione aziendale	Normativa e modelli operativi d'integrazione socio-sanitaria e sociale	Sistemi di programmazione e controllo	<i>Gestione dei conflitti</i>
	FABBISOGNO FORMATIVO	<i>Soluzione dei problemi</i>	Normativa e modelli operativi d'integrazione socio-sanitaria e sociale	Organizzazione aziendale	<i>Gestione dei conflitti</i>	
	Gestione del personale	ATTUALE RILEVANZA	CCNL	Normativa in tema di pubblico impiego	<i>Negoziazione</i>	Normativa concorsuale
	FABBISOGNO FORMATIVO	Normativa in tema di pubblico impiego	Normativa concorsuale	Tecniche di contrattazione e relazioni sindacali	<i>Orientamento ai risultati</i>	
	Programmazione e controllo	ATTUALE RILEVANZA	<i>Orientamento ai risultati</i>	<i>Controllo</i>	<i>Programmazione</i>	<i>Stesura rapporti e relazioni</i>
	FABBISOGNO FORMATIVO	Sviluppo e miglioramento degli indicatori di performance	<i>Programmazione</i>	<i>Orientamento ai risultati</i>	Sistemi e tecniche di programmazione e controllo	

Funzione		1a	2a	3a	4a
Tecnologie dell'informazione e della comunicazione	ATTUALE RILEVANZA	<i>Orientamento ai risultati</i>	<i>Risoluzione dei problemi</i>	Analisi costi-benefici	Project management
	FABBISOGNO FORMATIVO	<i>Apertura all'innovazione e pensiero prospettico</i>	<i>Orientamento ai risultati</i>	<i>Risoluzione dei problemi</i>	Trattamento gestione dei dati personale (Dlgs 196/2003...)
Ufficio tecnico	ATTUALE RILEVANZA	Manutenzioni impianti (contratti e opere)	Ruolo del RUP (L. 241/1990 e aggiornamenti)	<i>Orientamento ai risultati</i>	Analisi costi-benefici
	FABBISOGNO FORMATIVO	<i>Orientamento ai risultati</i>	<i>Risoluzione dei problemi</i>	Analisi costi-benefici	Manutenzioni impianti (contratti e opere)

Fonte: FIASO - Cergas/Bocconi

Seppur di poco, le capacità trasversali di direzione sono più presenti tra le competenze considerate importanti che tra quelle su cui si chiede un intervento formativo. Almeno in parte ciò è legato al fatto che più intervistati hanno sostenuto che gran parte delle capacità trasversali sono tratti innati della persona e non si prestano quindi a uno sviluppo via interventi formativi.

Paradossalmente però molti intervistati che sostenevano tale tesi avevano in realtà partecipato a corsi di formazione manageriale anche importanti e tra i contenuti di quei corsi vi erano proprio queste capacità di direzione.

I circuiti formativi ai quali gli intervistati partecipano sono assai diversificati. Ciò detto, sembra possibile evidenziare almeno i seguenti aspetti:

- in alcuni casi, le Regioni hanno giocato un ruolo di primo piano nel promuovere corsi di formazione su tematiche manageriali;
- le interviste mettono in evidenza la presenza di alcune scuole di formazione che da anni costituiscono un riferimento per l'intero territorio nazionale e per più funzioni;
- diversi intervistati hanno frequentato corsi di formazione manageriali lunghi. In particolare in diversi hanno frequentato programmi master (universitari o no) in management sanitario o materie affini. Si tratta di un fenomeno nuovo, che mostra un'alta attenzione da parte delle università ad aggiustare la propria offerta formativa e, almeno in parte, la capacità di organizzare programmi di formazione multidisciplinari;
- la ricerca ha rilevato biografie professionali e percorsi formativi di fatto confinati all'interno del nostro paese. Se non teniamo conto di soggiorni brevi ed eventuali tirocini clinici, frequenti per i capi dipartimento, le uniche biografie con elementi internazionali sono quella di un dirigente che ha frequentato l'università all'estero e quella di un altro che ha frequentato un master in public health. Questo carattere tutto nazionale dei dirigenti responsabile delle funzioni oggetto di rilevazione stride soprattutto quando messo a confronto con le biografie tipiche dei clinici responsabili di struttura e comunque rappresenta un aspetto su cui porre attenzione. Da un lato ciò può essere spiegato col diverso oggetto, la diversa tradizione e il diverso statuto epistemologico

di clinica medica e management. Da un lato infatti c'è una pratica professionale che rientra nel discorso scientifico come comunemente inteso e si sviluppa quindi tipicamente in circuiti internazionali, mentre dall'altro c'è una pratica fortemente legata a norme e istituzioni (soprattutto quando le funzioni siano dirette da persone con formazione giuridica) e quindi necessariamente a un orizzonte nazionale o sub-nazionale. Resta però l'evidenza di funzioni manageriali affidate a persone che nel corso della loro formazione e carriera non risultano esposti ad alcun confronto con esperienze maturate in contesti diversi da quello italiano.

Infine, in analogia con quanto fatto per i circuiti formativi, le interviste hanno cercato di rilevare l'esistenza di circuiti professionali a cui i dirigenti intervistati eventualmente partecipano. In questo caso più che nel precedente le principali differenze sono basate sulla funzione di cui si tratta.

Alcune di esse infatti presentano circuiti professionali forti e rodati. È il caso per esempio di FARE (Federazione delle associazioni regionali degli economisti e provveditori della sanità) per i provveditori, associazione che propone corsi di formazione, seminari e pubblica la rivista TEME. Esperienze simili - ma meno forti - sono quelle della CARD (Confederazione associazioni regionali di distretto) o dell'ANMDO (Associazione nazionale medici direzioni ospedaliere).

Nel caso di altre funzioni invece risalta la sostanziale assenza di un circuito professionale che offra sistematicamente occasioni di aggiornamento, confronto, ecc. Il caso forse più importante riguarda la funzione del personale, e ciò per più ragioni: è una funzione da tutti ritenuta centrale per la funzionalità delle aziende SSN, la cui efficacia rivela spesso elementi di criticità. Inoltre si tratta di una funzione che presenta specificità assai marcate con riferimento al settore sanitario, che quindi rendono meno efficace il frequentare circuiti professionali non specifici di settore. Nonostante tali elementi, la funzione non ha sviluppato alcun circuito professionale duraturo e di riferimento. Ciò costituisce certamente un motivo di debolezza per lo stato attuale e, soprattutto, le prospettive future della funzione stessa.

CONCLUSIONI

SVILUPPO PROFESSIONALE DEL MANAGEMENT

di Valerio Alberti e Fulvio Moirano

Lo studio commissionato da Fiaso e Agenas, e realizzato da qualificati centri di ricerca universitari e agenzie formative, permette di fare il punto su un aspetto decisivo per la qualità del Servizio Sanitario Nazionale: la formazione del *top* e del *middle-management* nelle Aziende Sanitarie.

Decisiva appare la riflessione sull'aziendalizzazione nel presente, ma anche sui suoi sviluppi, in quanto è fuor di dubbio che la qualità della formazione complessiva dei quadri dirigenti delle Aziende Sanitarie condiziona la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di vincere la sfida del futuro.

Nonostante i risultati raggiunti, vi è piena consapevolezza che l'aziendalizzazione dovrà evolvere nelle proprie capacità di intervento in corrispondenza ai nuovi compiti affidatigli dalla programmazione nazionale e regionale ed ai bisogni emergenti dai cittadini. La sanità rappresenta sicuramente un paradigma delle trasformazioni dei sistemi di offerta complessa. Le caratteristiche di produzione decentrata con il più alto tasso di innovazione e di specializzazione delle risorse umane richiedono alte professionalità per governare l'offerta ai cittadini con processi improntati su qualità ed efficienza. La gestione dei rapporti con i cittadini e con tutti gli *stakeholder*, le interrelazioni esistenti con i sottosistemi sanitari, sociali e tecnologici, implicano capacità nella *governance* in un quadro in continua e profonda evoluzione. D'altra parte, in ragione della propria complessità, il sistema della sanità pubblica può costituire un valido riferimento anche per altri contesti e settori.

Negli ultimi dieci anni, le aziende sanitarie hanno affrontato molteplici sfide che hanno profondamente contribuito a:

- garantire il bilanciamento tra sostenibilità e qualità dei servizi offerti in un sistema che ha come obiettivo il miglioramento continuo;
- adattare i servizi alle nuove esigenze dei cittadini, maturate rispetto alla dinamica demografica ed epidemiologica (la sfida della cronicità), e alle maggiori aspettative verso gli stessi servizi (accessibilità – liste di attesa);
- lavorare per processi che soddisfino le crescenti esigenze di integrazione tra servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) e sociali;
- interagire positivamente con la componente professionale delle aziende (*clinical governance*) e con le istituzioni locali e la comunità secondo un approccio di *welfare-community*;
- governare l'innovazione e garantire la fruizione delle nuove tecnologie.

Queste macro-sfide hanno fatto da sfondo ad alcuni processi di cambiamento settoriali, quali ad esempio:

- nuove dimensioni dei processi di acquisto centralizzati;
- ruolo dell'ICT come fattore strategico abilitante alla riorganizzazione dei servizi tecnico-amministrativi e sanitari, e come supporto ai processi assistenziali (telemedicina) o all'accesso ai servizi dei cittadini;
- modernizzazione dell'organizzazione ospedaliera con l'adozione di modelli quali l'intensità di cura, lo sviluppo del day-service, i dipartimenti, etc...;
- riorganizzazione dei servizi territoriali con lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e quello delle cure primarie;
- avvio di politiche del personale, che accanto alla tradizionale amministrazione fossero in grado di sviluppare processi di valorizzazione, valutazione, formazione, etc...;
- diffusione di modelli alternativi di finanziamento per le strutture ospedaliere quali la finanza di progetto o in generale, esternalizzazione di attività, che con forza ha posto il tema della qualità della committenza accanto alla funzione tradizionale di gestione diretta per conquistare validi risultati sul piano economico ed anche della qualità.

Tenuto conto delle specificità e peculiarità del proprio contesto locale ed del ruolo svolto dalle singole Regioni, il livello di risposta alle sfide e ai cambiamenti posti in evidenza è stato fortemente condizionato dalla qualità del *top management* (direttori generali, direttori amministrativi, direttori sanitari e direttori dei servizi sociali) come da quella del *middle management* (provveditori, direttori di ospedale, direttori di distretto, responsabili uffici tecnici, responsabili uffici del personale, direttori di dipartimenti clinici, ecc...). La qualità delle competenze e il grado di formazione manageriale e tecnico-specialistica dell'insieme di tali figure sono fattori decisivi per la qualità del SSN e per riuscire a consolidare e ulteriormente migliorare quanto sinora realizzato. In questi anni di aziendalizzazione i due "gruppi" hanno seguito percorsi formativi diversi: il *top management* nell'ambito delle singole Regioni; il *middle management* nelle scuole di formazione di riferimento nazionale, oltre che in attività promosse da qualche Regione. Lo studio realizzato per Agenas e Fiaso dal network di università/agenzie formative, puntualizza in modo importante "lo stato di salute" della formazione di queste figure e suggerisce indicazioni utili per il futuro. Per i ruoli di direzione generale, inoltre, le prime attività strutturate di formazione realizzate dalle Regioni stanno arrivando alla naturale scadenza di 7 anni (applicata per estensione dalla normativa nazionale sui dirigenti sanitari e ripresa talvolta dalla normativa regionale), quindi al termine del primo ciclo di validità della certificazione delle competenze manageriali. I risultati di questa ricerca arrivano in un momento propizio per ricalibrare alcune direzioni di sviluppo qualora se ne ravveda l'utilità.

Nelle diverse Regioni italiane è stata, innanzitutto, registrata una molteplicità di modelli e di politiche formative per il **top management**. Dall'analisi delle 14 Regioni considerate nella ricerca sono emerse, infatti, metodiche, approcci, ma anche intensità (maggiore o minore frequenza dei corsi), assai diversificate. Anche il modello organizzativo adottato per la gestione del processo formativo è risultato diverso. Ogni Regione si è

attribuita un differente ruolo in relazione a progettazione, organizzazione, erogazione, controllo della formazione. In generale, prevale un modello “specializzato” in cui la Regione ricorre ad una struttura specifica attraverso un rapporto di controllo diretto od un accordo istituzionale e pluriennale di partnership.

Dalle Regioni, i punti di miglioramento dell'attività formativa vengono indicati in un più efficace presidio delle fasi a monte (analisi esigenze formative) e a valle (verifica risultati, misurazione impatto) della stessa attività. La personalizzazione dei corsi consente di modulare i contenuti sulle effettive esigenze formative dei partecipanti e quindi di migliorarne l'esito nella prospettiva della Regione. I contenuti così definiti rispondono alle aspettative individuali dei partecipanti e migliorano anche la percezione di utilità del corso rispetto al ruolo ricoperto e all'equilibrio tra teoria e pratica.

Nelle Regioni più attive sul tema della formazione strategica è stato intrapreso un percorso specifico in cui la formazione rappresenta una leva forte per garantire al gruppo di persone in ruoli di direzione generale: coordinamento, coesione, condivisione delle scelte strategiche, *team building* e logiche di rete. Queste stesse realtà sono progredite nei programmi e nelle modalità formative. Da programmi chiusi e predefiniti a personalizzati sui partecipanti. Da modalità di aula incentrate su lezioni frontali a programmi più articolati ed interattivi, con discussioni di casi proposti dai partecipanti e visite guidate presso strutture sanitarie *best practice* sia nazionali che internazionali. La necessità di contenuti costruiti *ad hoc* sul proprio profilo professionale e di specificità di offerta formativa ai Direttori Generali, si inserisce in un processo di costruzione e consolidamento della classe dirigente della sanità che, negli ultimi anni, è cresciuta in esperienza (anzianità di servizio e stabilità), numerosità e qualità.

Quanto realizzato dal settore sanitario pubblico nel campo della formazione manageriale presenta punti di convergenza: definizione dei fabbisogni formativi, e di divergenza: mancata offerta di corsi per specifica funzione, nel confronto con le strutture private accreditate. Rispetto alle esperienze internazionali prese in analisi (Francia, Norvegia e Regno Unito) la ricerca mette in evidenza le differenze nella modalità formativa impiegata per i ruoli direttivi. In questi casi esiste un'autorità centrale che stabilisce gli indirizzi strategici per lo sviluppo dell'offerta formativa. La partecipazione a programmi formativi per l'alta dirigenza risulta, inoltre, obbligatoria ai fini della copertura di ruoli dirigenziali in ambito sanitario. In questo modo, le competenze dei ruoli strategici vengono sviluppate in modo organico e coerente con le linee di indirizzo definite a livello centrale.

Sotto questo profilo, lo studio condotto evidenzia la difficoltà del nostro paese di condividere un livello di coordinamento interregionale, seppur a fronte di evidenti opportunità di economie di scala di conoscenze e di scambio di esperienze. D'altra parte, la salvaguardia dell'identità regionale rappresenta il prerequisito necessario per aprire spazi ed opportunità di collaborazione e coordinamento con le altre Regioni.

Per la gestione di processi complessi di cambiamento, molto sentito dai direttori generali è il tema del bilanciamento tra competenze tecnico-specialistiche e competenze *soft*, gestionali ed organizzative. Così come importante è considerata l'acquisizione di pensiero prospettico e sistemico, il saper motivare i propri collaboratori e comunicare efficacemente con loro.

Coerentemente con quanto emerso nel *focus group* con i direttori generali, i fabbisogni formativi e le competenze necessarie per il ruolo di Direttore Generale possono essere distinte su tre livelli:

- 1) condizioni *sine qua non*, i contenuti professionalizzanti che costituiscono il pacchetto di conoscenze di base da cui nessun Direttore può prescindere. Un' offerta formativa omogenea può garantire per questi contenuti condizioni di equità su tutto il territorio italiano;
- 2) *soft skills*, ovvero le competenze di tipo relazionale (ad esempio *leadership*);
- 3) competenze di pertinenza regionale: ogni Regione ha un proprio sistema sanitario e degli obiettivi specifici da perseguire. Per rendere coerente il percorso formativo è fondamentale che il corso affronti i contenuti su un piano pratico, rapportandosi con il proprio contesto regionale, perché le problematiche possono essere diverse così come gli obiettivi assegnati ai Direttori.

Le competenze *sine qua non* e qualche elemento delle *soft skills* potrebbero essere oggetto di un livello di coordinamento e formazione interregionale, mentre l'altro gruppo di competenze è a carattere prettamente regionale.

Questa suddivisione permetterebbe attraverso accordi interregionali, sia di salvaguardare una uniformità della formazione sul territorio nazionale con garanzie di standard di base, sia di garantire una necessaria specificità regionale coerente con le singole esigenze.

Lo schema concettuale di fabbisogni e competenze adottato per la direzione strategica può essere utile anche per interpretare i risultati della ricerca sulle figure chiave per il funzionamento delle Aziende, il ***middle management***, su come siano evolute in questi anni ed abbiano reagito alle sollecitazioni ricevute dal processo di aziendalizzazione.

La ricerca sul *middle management* ha fatto emergere un quadro variegato di figure che in alcuni casi richiederebbe un riposizionamento ed un chiarimento di ruolo all'interno delle strutture (ad esempio la direzione medica di ospedale, tanto e sempre più importante oggi per dare unitarietà al "progetto ospedale", è paradossalmente in crisi di identità, così come la responsabilità del direttore del distretto deve essere maggiormente definita anche in relazione alla necessità di gestione reale del budget territoriale); ad esigenze di reimpostazione di ruolo e sviluppo di competenze professionali (ad esempio il responsabile gestione risorse umane o capo ufficio personale).

Sul piano professionale e delle competenze *sine qua non*, lo studio realizzato ha messo in luce, per tutte le funzioni analizzate, l'esistenza di una base comune di conoscenze manageriali. Modelli, strumenti e terminologia del management sono oramai stabilmente entrati nel patrimonio delle Aziende SSN, accanto alle logiche burocratica e professionale che hanno tradizionalmente accompagnato lo sviluppo del sistema sanitario italiano. Tutto ciò rappresenta un'evoluzione importante nella cultura organizzativa delle Aziende SSN e nelle competenze di chi al loro interno ha la responsabilità di organizzare e gestire risorse.

La complessità organizzativa e le caratteristiche specifiche dei sistemi sanitari e delle

azione sanitarie, quali la presenza di professionisti, il lavoro multidisciplinare, ecc., ha comportato lo sviluppo e l'approfondimento di approcci manageriali utili anche per altri settori che affrontano problemi gestionali in condizioni simili (si pensi, ad esempio, al mondo delle università o al settore industriale). Le Aziende Sanitarie hanno posto problemi nuovi, che hanno chiesto soluzioni manageriali diverse rispetto a quelle sviluppate dalla disciplina con riferimento al mondo delle imprese di produzione.

Ma la concreta capacità che la cultura manageriale ha mostrato nell'incidere sulle scelte e sui comportamenti gestionali, così come nella realizzazione concreta di cambiamenti organizzativi, è molto più limitata. Da questo punto di vista, aspetto significativo che "lega" *top* e *middle management* è la messa in pratica della cultura e degli approcci manageriali.

Il dispiegarsi di un approccio manageriale dipende, infatti, in concreto dalla modifica dei propri comportamenti tradizionali nei confronti dell'interconnessione con altri responsabili in una logica di gestione per processi e nei confronti della modalità di guida del gruppo di operatori di cui si è responsabili. Tale approccio è facilitato e promosso da assetti idonei del sistema direzionale e dalla costruzione del processo decisionale coerente a realizzarlo. Aspetto quest'ultimo che investe direttamente la responsabilità del *top-management* aziendale. Non vanno comunque dimenticati (né sopravvalutati) i vincoli normativi e burocratici per una piena esplicazione di approcci manageriali.

La realizzazione di cambiamenti organizzativi legati all'esplicazione di logiche manageriali richiede tempi di attuazione congrui. I processi di *change management* richiedono pertanto una volontà strategica determinata e, il più possibile, stabile.

Insieme alla cultura manageriale, tra le competenze d'interesse richieste per svolgere la funzione vengono individuate naturalmente quelle tecnico-professionali specifiche e di aggiornamento professionale. La ricerca e il *focus group* con i Direttori Generali hanno messo in evidenza l'esistenza di tali specifiche competenze nel sistema, ma anche una forte difficoltà per le Aziende Sanitarie nel reperirle con il livello richiesto e renderle patrimonio comune del SSN.

Il piano di analisi sulle *soft skills* riguarda le capacità individuali di direzione quali: la *leadership*, l'orientamento ai risultati, le competenze relazionali verso l'interno e l'esterno, etc. Le competenze manageriali legate alla conoscenza e alla lettura dell'ambiente esterno di riferimento sono fondamentali per il management SSN. In questo senso risultano rilevanti la capacità di mantenere un forte aggiornamento rispetto al contesto di riferimento esterno (ad esempio: sulla normativa di settore e le misure di politica sanitaria), così come la capacità di relazionarsi con soggetti esterni attraverso percorsi di collaborazione.

Alle competenze manageriali rivolte all'ambiente esterno si aggiungono poi quelle orientate all'interno dell'Azienda. In particolare, occorre sottolineare la capacità di lettura dei processi organizzativi interni e le competenze relazionali, quali quelle di partecipare ai progetti interni ed eventualmente proporre di nuovi, saper comunicare con chiarezza ed efficacia, gestire gruppi di lavoro, etc.

L'efficacia formativa sulle *soft skills* è generalmente ritenuta assai limitata. In ogni caso gli

intervistati concordano nello stimare la formazione manageriale un'ottima occasione di confronto. In assenza di circuiti professionali forti (associazioni professionali, gruppi di lavoro o tavoli di confronto regionali, etc.), la formazione per alcune funzioni costituisce la principale occasione per uno scambio strutturato di esperienze. Essa inoltre è stata spesso strumento od occasione per lo sviluppo di una coscienza manageriale comune, utile alla funzionalità delle Aziende e dei SSR. Ciò in particolare è vero per alcuni casi di programmi formativi lunghi, organizzati da istituzioni universitarie o dalle Regioni (o in partnership da Regione e Università), ma è vero anche nel caso di iniziative più brevi promosse da singole Aziende con finalità esplicite di *team building*.

Lo studio sottolinea l'esigenza di una attenta progettazione didattica e che i processi formativi siano più continui e sistematici, non solo a supportare le trasformazioni in corso, ma anche a proiettarsi verso le esigenze del futuro, intercettando i segnali deboli di cambiamento ed introducendoli nei processi formativi per formare competenze per il domani.

Per lo sviluppo professionale del *management*, la ricerca esalta l'introduzione di modalità formative innovative e interattive. Varie le esperienze più avanzate. La partecipazione in aula di testimoni esperti nella illustrazione di casi di *best practice*. Lo studio diretto di casi attraverso visite guidate in realtà nazionali e, più raramente, internazionali. Gruppi di lavoro per la diagnosi di uno o più sistemi operativi con proposte di misure per il loro miglioramento. Se le lezioni frontali servono per acquisire le conoscenze di base su cultura e strumenti manageriali nelle Aziende Sanitarie, tali conoscenze diventano competenze grazie ad ulteriori momenti didattici.

Per anni le funzioni manageriali analizzate hanno investito sullo sviluppo dei loro processi e strumenti. Oggi l'ulteriore sviluppo delle funzioni indagate in molti contesti deve condurre ad una maggiore attenzione nella messa in pratica delle soluzioni progettate; a portare a termine i progetti che vengono avviati; a verificarne gli impatti nei diversi contesti organizzativi interessati.

La dimensione organizzativa, economica e la complessità della sanità con tutti i suoi ruoli decisionali e le sue molteplici connessioni richiederebbero un'attenzione specifica e sistematica per la costruzione e formazione dei quadri dirigenti, investendo sui giovani per creare un autentico vivaio.

E' importante programmare il fabbisogno di competenze sul piano quantitativo ed anche qualitativo per la costruzione e formazione dei quadri dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Oltre che dalle specifiche politiche regionali e dalle eventuali collaborazioni interregionali i processi formativi dell'insieme dei quadri dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale può avvantaggiarsi in misura notevole della creazione di *network* tra le diverse realtà territoriali e i diversi gruppi professionali.

L'occasione di questo studio può utilmente costituire un punto di partenza per "tenere sotto osservazione" in modo costante un tema strategico per il buon funzionamento del sistema sanitario. Con la consapevolezza che la qualità della sanità si sviluppa anche sulla qualità dei propri uomini.

BIBLIOGRAFIA

“TOP MANAGEMENT”

- AA.VV. (2003), *La formazione continua in sanità*, Salute e Territorio, ETS, N° 138.
- AA.VV. (2008), *La formazione continua in Medicina – Esperienze regionali di attuazione dell'ECM*, in Salute e Territorio, ETS, N° 170.
- Abbott A. (1988.), *The system of professions. A study of the division of expert labour*. University of Chicago Press: Chicago.
- Aicardi N. (2003), *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), “Trattato di diritto amministrativo”, II ed., “Diritto amministrativo speciale”, I, Giuffrè, Milano, 643 ss.
- Amatucci F. (2006), *Le procedure di acquisto delle amministrazioni pubbliche. Elementi di innovazione e di governance*, Azienda Pubblica 19(3):393-418.
- Anessi Pessina E., (2002), *Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*, Egea, Milano.
- Anessi-Pessina E., Cantù E. (2006), *Whither managerialism in the Italian National Health Service?*, International Journal of Health Planning and Management 21:327–55.
- Anthony R.D., Young D.W. (1994), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw-Hill, Milano.
- Baraldi G. (2005), *La formazione come strumento di miglioramento continuo*, in Monitor, Assr, N° 14.
- Barbieri M., Del Vecchio M. (2001), *I processi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca*, Mecosan, n. 38.
- Bissoni G. (2005), *La formazione come strumento di programmazione e controllo dei sistemi regionali*, in Monitor, Assr, N° 14.
- Bonamico M. (2005), *Strumenti innovativi della formazione in sanità*, in Monitor, Assr, N° 14
- Bonetti A., Fogassi P., Landi G., Lamberti G., Perrotti E., Zacchi V. (2001), *Il processo di valutazione dei dirigenti: una proposta per l'azienda ospedaliera “Spedali Civili di Brescia”*, Mecosan, n. 38.
- Borgonovi E. (1997), *La formazione del medico per i processi di cambiamento dei sistemi sanitari*, Mecosan 6(24):2-7.
- Borgonovi E. (2000), *Come affrontare il problema filosofico del divario tra «potenza» e «atto»*, Mecosan 9(36): 2-5.
- Brown M.E., Trevino L.K. (2006), *Socialized Charismatic Leadership, Values Congruence and Deviance in work group*, Journal of Applied Psychology, vol. 91, APA.
- Brusoni M., Cappellaro G., Marsilio M. (2008), *Processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- Carbone C. (2003), *La mobilità dei direttori generali*, in *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Anessi Pessina Eugenio e Cantù Elena (a cura di), cap. 3, Egea, Milano.
- Carbone C. (2008), *La mobilità delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie*, in *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia: Rapporto OASI 2008*, Anessi Pessina Eugenio e Cantù Elena (a cura di), cap. 3, Egea, Milano.

- Cosmi L. (2002), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: l'ingegneria clinica*, Mecosan 11(43):37-49.
- Cosmi L., Del Vecchio M. (2002), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il controllo di gestione*, Mecosan 11(43):17-36.
- Cuccurullo F. (2005), *La formazione manageriale quale strumento per promuovere risultati di qualità e costo*, in Monitor, Assr, N° 14.
- De Pietro C. (2002a), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: le politiche e la valutazione del personale*, Mecosan 11(43):67-81.
- De Pietro C. (2002b), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: i sistemi informativi*, Mecosan 11(43):97-116.
- De Pietro C. (2003), *Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale*, Mecosan, n. 48.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.
- Del Vecchio M. (2000), *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- Del Vecchio M. (2002), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il senso di una ricerca*, Mecosan 11(43):11-6.
- Del Vecchio M., Carbone C. (2002), *Stabilità aziendale e mobilità dei direttori generali nelle aziende sanitarie*, in *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Anessi Pessina Eugenio e Cantù Elena (a cura di), cap. 3, Egea, Milano.
- Del Vecchio M., Prandi F. (2004), *Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario*, Mecosan 13(52):99-106.
- Di Falco C., Sticca G. (2005), *Ruolo del direttore sanitario d'ospedale*, L'Ospedale 4:36-8.
- Dipartimento della Funzione Pubblica (2005), *Formazione e sviluppo del personale - Indagine sulla formazione del personale nelle amministrazioni pubbliche*, Zamaro, Nereo (a cura di), Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Drucker P. (1988), *The coming of the new organization*, Harvard Business Review, January-february.
- Filannino C. (1996), *La funzione manageriale delle professioni non mediche nelle aziende sanitarie*, Mecosan, n. 18.
- Filosa Martone R. (2001), *La formazione manageriale in sanità: obbligo istituzionale o scelta strategica?*, Giappichelli, Torino.
- Fratti L., Gaudio E. (2005), *La formazione universitaria nell'area medico-sanitaria: un modello competitivo verso l'Europa*, in Monitor, Assr, N° 14.
- Frazzica P., Giambelluca S., Miceli G., (2007), *La Formazione Continua del SSN, L'Esperienza del CEFPAS nella Regione Siciliana*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Frazzica P., Giambelluca S., Miceli G., (2008), *La Formazione manageriale dei Direttori di struttura complessa nel SSN*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Gallini C., Gallini R. (2002), *La formazione continua*, in Salute e Territorio, Ets, N° 133.
- Given L. M. (2008), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods, vol 1 e 2*, Sage Los Angeles.

- Guizzardi M., Borelli S. (2001), *Sviluppo organizzativo e formazione in Sanità: il caso della AUSL di Bologna*, FOR 15(49):52-4.
- Hood C. (1991), *A public management for all seasons*, Public Administration 69(1):3-19.
- Inneco A., Pressato L., Tognoni C., Zebedeo M. (2005), *Governare la formazione per la salute*, Il Pensiero scientifico editore.
- Lega F. (2008), *The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy*, Health Policy 85:252-62.
- Linetti M. (2005), *Il programma ECM: risultati raggiunti e risultati attesi*, in Monitor, Assr, N° 14.
- Megginson L. C.; Mosley D. C.; Pietri P. H. jr. (2007) *Management. Concetti e applicazioni*, Franco Angeli, Milano.
- Misuraca D., Zambonin E. (2001), *Il sistema di controllo interno e la valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie*, Mecosan, n. 37.
- Nuti S. (2005), *Innovare in Sanità. Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto*, ETS.
- Nuti S., Brambini A. (2005), *La formazione e le competenze. Percorso formativo rivolto ai Direttori Generali, Sanitari ed Amministrativi delle Aziende Sanitarie Toscane*, in *Limiti e Potenzialità del Direttore Generale*, Salute e Territorio, ETS, N° 152.
- Nuti S., Furlan M., Zanobini A. (in fase di pubblicazione), *La formazione manageriale per il cambiamento organizzativo in Sanità*, Collana "Creare valore nella sanità pubblica", ETS.
- Osborne D., Gaebler T. (1992), *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Addison-Wesley, Reading, Ma.
- Pellegrini L., Toniolo F. (2005), *Formazione continua, ma soprattutto pratica*, in Monitor, Assr, N° 14.
- Saporiti A. (2001), *La ricerca valutativa: riflessioni per una cultura della valutazione*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Sargiacomo M. (2001), *La misurazione dell'impegno lavorativo dei direttori generali delle Aziende USL*, Mecosan, n. 40.
- Schmidt M.R. (1994), *Grout: alternative kinds of knowledge and why they are ignored*, in White J.D., Adams G.B. (eds), *Research in public administration. Reflections on theory and practice*, SAGE Publications, London.
- Shaw I. (1999), *Qualitative evaluation*, Sage London.
- Simonetti S., Taurino R. (2002), *La valutazione della dirigenza nelle aziende sanitarie. Il modello del San Filippo Neri di Roma*, Mecosan, n. 42.
- Tanese A. (2002), *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: riflessioni conclusive*, Mecosan 11(43):117-26.
- Yin R.K. (1994), *Case study research. Design and methods*, 2nd edition, SAGE Publications, London.

“MIDDLE MANAGEMENT”

- Adinolfi P., 1998, *Performance-related pay for health service professionals: the Italian case*, Health Services Management Research 11:211-20.
- Alesani D. et al., 2006, *La standardizzazione della rendicontazione sociale: l'approccio delle aziende sanitarie*, Mecosan 15(59):9-31.

- Amatucci F., 2006, Le procedure di acquisto delle amministrazioni pubbliche. Elementi di innovazione e di governance, *Azienda Pubblica* 19(3):393-418.
- Anessi Pessina E., 2002, Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Anessi-Pessina E. et al., 2002, La diffusione dei modelli dipartimentali e l'impatto sulla gestione delle aziende sanitarie: profili economico-aziendali, *Tendenze Nuove* 1:103-38.
- Anessi Pessina E., Pinelli N., 2004, "L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo", in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Anessi-Pessina E., Cantù E., 2006, Whither managerialism in the Italian National Health Service?, *International Journal of Health Planning and Management* 21:327-55.
- Annicchiarico R. et al., 2007, E-technology: una opportunità per gli anziani, *Tendenze Nuove* 6:677-700.
- Baldantoni E. et al., 2003, La valutazione dei dirigenti medici dell'azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento: un'applicazione concreta del modello EFQM per l'eccellenza, *Tendenze nuove* 3:263-80.
- Baldantoni E. et al., 2006, Applicazione pratica del modello di valutazione dei medici nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento, *Tendenze Nuove* 1:47-66.
- Ballarin G., 2002, Riflessioni sul governo di un 'buon distretto', *Prospettive sociali e sanitarie* 32(6):1-5.
- Bandini F., 2002, I ruoli e gli organi coinvolti nel processo di valutazione del personale nelle aziende sanitarie: l'approccio teorico e l'evidenza empirica attraverso l'analisi delle aziende lombarde, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Bandini F., De Pietro C., 2003, La flessibilità nella Pubblica Amministrazione, in Bombelli M.C., Cuomo D. (a cura di), *Il tempo al femminile*, Milano, Etas.
- Baraldi S., 2005, *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Barichello P., 2007, Balanced scorecard in sanità: la realizzazione di mappe strategiche, *Mecosan* 16(62):99-117.
- Barretta A., Ruggiero P., Gepponi A., 2009, Ruolo del controllo di gestione nel governo dei network sanitari pubblici, *Tendenze Nuove* 4:379-400.
- Bellio E., Buccoliero L., Prenestini A., 2009, Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea.
- Bellomo F., et al., 2000, Il budget del Distretto sanitario: il modello organizzativo dell'ASL 3 di Pistoia, *Mecosan* 9(33):93-102.
- Bergamaschi M., 2000, Il collegamento tra budget e sistema premiante nelle aziende sanitarie, in G. Casati (a cura di): *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Bergamaschi M., Cantù E., 2000, Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.

- Bergamaschi M., Lecci F., 2008, La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in sanità, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008, Milano, Egea.
- Bergamaschi M., Lecci F., 2009, Le caratteristiche degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009, Milano, Egea.
- Bergamaschi M., Lega F., 2000, L'organizzazione delle strutture ospedaliere: il dipartimento, in Bergamaschi M. (a cura di), L'organizzazione nelle aziende sanitarie, Milano, McGraw-Hill.
- Bertini L., Sciandra L., 2002a, Market-place, aste on-line e catalogo elettronico: analisi del nuovo modello di e-procurement della Pubblica Amministrazione, *Tendenze Nuove* 2:239-62.
- Bertini L., Sciandra L., 2002b, Le politiche d'acquisto in Sanità. "New economy" e semplificazione delle procedure per i consumi intermedi, *Tendenze Nuove* 3:275-92.
- Bianchi C., Buccoliero L., Nasi G., 2002, E-procurement «buy side»: analisi delle percezioni dei responsabili delle unità operative economato-provveditorato di aziende sanitarie, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001, Milano, Egea.
- Bonamico M., Del Favero A.L., Pinelli N., Ripa di Meana F. (A cura di), 2006, "I nuovi strumenti e-learning/FAD per la formazione in sanità", Roma, Iniziative Sanitarie.
- Bonazzi G., 2007, Storia del pensiero organizzativo. Vol. II: La questione burocratica, Milano, FrancoAngeli.
- Bondonio D., Cestari R., 1994, Analisi e prospettive del dipartimento ospedaliero, *Organizzazione Sanitaria* 2:25-39.
- Bonetti A. et al., 2001, Il processo di valutazione dei dirigenti: una proposta per l'azienda ospedaliera "Spedali Civili di Brescia", *Mecosan* 38:131-50.
- Boni M., 2006, Appalti ASL a rischio paralisi. Il nuovo codice ha aumentato costi e tempi delle procedure di gara, *Il Sole 24 Ore Sanità*, 2 ottobre:24
- Borcic L. et al., 2003, Il clima organizzativo: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone, *Mecosan* 45:121-31.
- Borgonovi E. (a cura di), 1990, Il controllo economico nelle aziende sanitarie, Milano, Egea.
- Borgonovi E., 1984, Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche, Milano, Giuffrè.
- Borgonovi E., 1991, Business Management as the way to resolve the public/private polarity in the National Health System, *Review of economic conditions in Italy* 2:137-63.
- Borgonovi E., 1997, La formazione del medico per i processi di cambiamento dei sistemi sanitari, *Mecosan* 6(24):2-7.
- Borgonovi E., 2000, Come affrontare il problema filosofico del divario tra «potenza» e «atto», *Mecosan* 9(36):2-5
- Borgonovi E., 2002, E-procurement in sanità: dalla logica di modello alla logica di processo, *Mecosan* 11(41):2-5.
- Borgonovi E., 2004, Dalla gestione amministrativa alla gestione manageriale, in Formez – Dipartimento della Funzione Pubblica per l'Efficienza delle Amministrazioni, Gestione delle

risorse umane. Strumenti ed orientamenti. La privatizzazione del lavoro pubblico 1993-2003, Roma, Formez.

Borgonovi E., Caperchione E., Elefanti M., Francesconi A., Meneguzzo M., 1990, La contabilità analitica nelle USL. Sistemi di rilevazione, Milano, CLUEB

Borgonovi E., Mazzoleni M., Meneguzzo M., Zavattaro F., 1988, La programmazione e il controllo delle strutture sanitarie, Milano, McGrawHill.

Borgonovi E., Zangrandi A., 1988, L'ospedale un approccio economico-aziendale, Milano, Giuffrè.

Brunello C., Rosito A., Dalla Zuanna C., 2006, Modelli organizzativi distrettuali e budget di distretto: utopie o reali strumenti di governo della medicina generale? Uno studio relativo alla regione Veneto, Politiche sanitarie 7(2):91-103.

Brusoni M., Cappellaro G., Marsilio M., 2008, Processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008, Milano, Egea.

Brusoni M., Marsilio M., 2007, La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007, Milano, Egea.

Buccoliero L., 1998, I sistemi informativi delle Aziende Sanitarie: fabbisogni e percorsi evolutivi verso l'adozione degli ERP (Enterprise Resource Planning), Mecosan 7(28):9-24.

Buccoliero L., Caccia C., Nasi G., 2002, Il sistema informativo automatizzato nelle aziende sanitarie, Milano, McGraw-Hill.

Buccoliero L., Caccia C., Nasi G., 2005, e-he@lth - Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità, Milano, McGraw-Hill.

Buccoliero L., Calciolari S., 2006, Percezioni strategiche dei responsabili di sistemi informativi sull'e-health, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006, Milano, Egea.

Buccoliero L., Calciolari S., Marsilio M., 2007, I sistemi contabili ERP: la misurazione dei benefici conseguiti in un campione di aziende sanitarie, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007, Milano, Egea.

Buccoliero L., Marsilio M., Mattavelli E., 2005, I fabbisogni informativi dell'alta direzione delle aziende sanitarie: prima indagine sulle percezioni su sistemi di supporto direzionale, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005, Milano, Egea.

Caccia C., 2008, Management dei sistemi informativi in sanità, Milano, McGraw-Hill.

Caccia C., Cucciniello M., Nasi G., 2009, La valutazione degli impatti della cartella clinica elettronica, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009, Milano, Egea.

Cantù E., Lega F., 2002, Lo sviluppo dei processi di dipartimentalizzazione ospedaliera: aspetti di processo e scelte di struttura organizzativa. In: Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001, Milano, Egea.

Carlucci M. et al., 2002, Il processo di graduazione delle funzioni nell'A.O. Santa Maria degli Angeli di Pordenone, Mecosan 42:133-46.

Caroli M. et al., 2003, Il clima organizzativo in sanità. Indagine su 4500 dipendenti in due aziende dell'Emilia Romagna, Tendenze Nuove 6: 501-14.

Casati G. et al., 1999, L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'A.P.S.S. trentina, *Mecosan* 32:93-105.

Casati G., 2000, Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie, Milano, McGraw-Hill.

Casati G., Valotti G., 1996, Il collegamento tra sistema di budget e sistema di incentivazione nelle Aziende Ospedaliere: una possibile metodologia, *Mecosan* 17:59-75.

Cavalli L., 1999, Indagine sul clima aziendale nell'Azienda USL di Piacenza, in Wienand U., Cinotti R., Prandi F. (a cura di), *Il miglioramento continuo nelle aziende sanitarie*, Torino, Centro Scientifico Editore.

Cicchetti A., Baraldi S., 2001, La diffusione del modello dipartimentale nel SSN: solo un fatto formale? *Organizzazione Sanitaria* 1:71-81.

Cicchetti A., et al., 2009, Il modello organizzativo dipartimentale nel Servizio sanitario nazionale: risultati dell'indagine nazionale, *Politiche Sanitarie* 10(3):153-68.

Cicchetti A., Matarrese D., Vicentini F., 2005, Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di «ruoli di integrazione» in tre casi aziendali, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.

Cilione G., Vercesi L., 2006, La Direzione sanitaria e la recente normativa nazionale e regionale, *Sanità Pubblica e Privata* 5:5-10.

Cinotti R., Stiassi R., 1996, Avvio di un'esperienza gestionale del distretto sanitario riformato, *Mecosan* 5(17):83-90.

Cosmi L., 2002, L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: l'ingegneria clinica, *Mecosan* 11(43):37-49.

Cosmi L., Del Vecchio M. 2002, L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il controllo di gestione, *Mecosan* 11(43):17-36.

Costa E., De Pietro C., Quatrini A., 2007, Monitoraggio delle assenze e carichi di lavoro nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, *Mecosan* 62:135-50.

Cozza F., 2005, Il ruolo dell'Ingegneria Clinica nell'acquisizione di apparecchiature elettromedicali: strategie di razionalizzazione dei processi, *Tendenze Nuove* 6:505-18.

Cuccurullo C., Meneguzzo M., 2003, Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle Aziende Sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario, *Rapporto CEIS Sanità 2003*, Roma, Italtpromo.

Cuccurullo F., 2005, La formazione manageriale quale strumento per promuovere risultati di qualità e costo, *Monitor* 14:32-7.

Da Col P., 2000, Apporto del distretto alla ridefinizione delle strategie aziendali, *Studi Zancan* 6:110-6.

Dalla Longa R., 1996, Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche: appalti ed acquisti degli istituti pubblici, Milano, Guerini.

Dalla Longa R., 2004, Gestione dei processi realizzativi di opere pubbliche e infrastrutture, Roma, Carocci.

De Pietro C., 2002a, L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: le politiche e la valutazione del personale, *Mecosan* 11(43):67-81.

De Pietro C., 2002b, L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: i sistemi informativi, *Mecosan* 11(43):97-116.

- De Pietro C., 2002c, La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzativo: il caso di un'azienda sanitaria territoriale, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- De Pietro C., 2003, *Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale*, *Mecosan* 12(48):9-37.
- De Pietro C., 2004, *Burocrazie professionali e gestione del personale: ultimi sviluppi nelle aziende del SSN*, *Economia e management* 5:58-9.
- De Pietro C., Lega F., Pinelli N., 2004, "L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: organizzazione e personale", in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- De Pietro C., 2005, *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- De Pietro C., 2005b, *Il lavoro interinale degli infermieri: il punto di vista delle Agenzie per il Lavoro*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- De Pietro C., Tereanu C., 2005, *Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del SSN: criticità e prospettive*, *Mecosan* 55:65-85.
- Del Vecchio M., 2000a, *La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche*, *Azienda pubblica* 13(2-3):159-68.
- Del Vecchio M., 2000b, *Contabilità e controllo di gestione delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere*, *Mecosan* 9(36):91-5.
- Del Vecchio M., 2000c, *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., 2002, *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., 2002, *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il senso di una ricerca*, *Mecosan* 11(43):11-6.
- Del Vecchio M., De Pietro C., 2002, *La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Prandi F., 2004, *Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario*, *Mecosan* 13(52):99-106.
- Di Falco C., Sticca G., 2005, *Ruolo del direttore sanitario d'ospedale*, *L'Ospedale* 4:36-8.
- Drucker P., 1988, *The coming of the new organization*, *Harvard Business Review*, january-february.
- Federici T., Bianchini A., Morano T., 2004, *La specificità dell'e-procurement in sanità: le esperienze dell'ASL di Viterbo*, *Mecosan* 13(51):41-57.
- Ferrari D., Merlini L., 2006, *Vincere la sfida della governance: l'introduzione della Balanced Scorecard nell'Asl di Pavia*, *Mecosan* 15(59):119-35.
- FIASO, 2009, *Risultati dal laboratorio di ricerca - Analisi comparative delle esperienze di aggregazione della domanda in Sanità*, Milano, Aboutpharma.
- Filannino C., 2002, *Sviluppo di carriera e valutazione professionale del personale dirigente: un'analisi delle aziende lombarde*, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.

- Filannino C., 2006, *People Strategy: educazione continua in medicina in Regione Lombardia*, *Mecosan* 15(58):133-47.
- Filosa Martone R., 2001, *La formazione manageriale in sanità*, in idem (a cura di), *La formazione manageriale in sanità: obbligo istituzionale o scelta strategica?*, Torino, Giappichelli.
- Fiorentini G., 1988, *Logiche e meccanismi operativi di gestione del personale nelle USL e negli ospedali*, in E. Borgonovi et al., *L'organizzazione dell'ospedale*, Milano, McGraw-Hill.
- Fiorentini G., 1992, *Direzione del personale nell'U.s.l.: mito o realtà?*, *Mecosan* 3:62-8.
- Foglietta F., 2004, *Modelli di distretto e integrazione sociosanitaria in Abruzzo*, *Studi Zancan* 2:33-63.
- Francesconi A., 1993, *Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione*, *Mecosan* 2(5):36-44.
- Frittoli G., Mancini M., 2004, *Balanced scorecard e aziende sanitarie*, *Mecosan* 13(49):21-46.
- Gasparetto S., 2006, *Il Distretto: analisi delle legislazione e dei modelli regionali*, *Sanità pubblica e privata* 4:14-29.
- Grande R., 2001, *Nuove opportunità di flessibilità nei rapporti di lavoro delle amministrazioni e aziende pubbliche*, *Mecosan* 38:47-56.
- Guerra R., Coclite D., Napoletano A., 2005, *Aziende sanitarie e ICT: una panoramica delle applicazioni nel nostro Paese per la gestione del patrimonio informativo aziendale*, *Sanità pubblica e privata* 3:52-61.
- Gugiatti A., 1994a, *Appalti: obiettivo trasparenza*, *Mecosan* 3(10):124-9.
- Gugiatti A., 1994b, *Le forniture di beni e servizi nella nuova realtà sanitaria: alcuni spunti di riflessione*, *Mecosan* 3(12):143-5.
- Hood C., 1991, *A public management for all seasons*, *Public Administration* 69(1):3-19.
- Lega F., 1998, *Gestire il personale delle aziende ospedaliere pubbliche: dal criterio di legittimità allo sviluppo di una possibile imprenditorialità governata*, *Sanità pubblica* 9:903-44.
- Lega F., 1999, *Dalla strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero*, *Mecosan* 8(30):9-24.
- Lega F., 2002, *Il mistero del dipartimento ospedaliero*, *Mecosan* 11(41):23-7.
- Lega F., 2008, *The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy*, *Health Policy* 85:252-62.
- Lega F., De Pietro C., 2005, *Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy*, *Health Policy* 74:261-81.
- Lega F., Prenestini A., 2009, *Medico-manager, medico e manager o management del medico?*, in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea.
- Levati W., Saraò M.V. 1998, *Il modello delle competenze*, Milano, Franco Angeli.
- Longo F., 1997, *La graduazione delle posizioni nelle aziende sanitarie: due modelli operativi a confronto*, *Mecosan* 24:89-105.
- Longo F., 2000, *Organizzazione e gestione del personale*, in Bergamaschi M. (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Longo F., Di Palo L., 1995, *Linee di indirizzo per l'applicazione delle nuove norme contrattuali relative alla incentivazione del personale non medico*, *Mecosan* 4:52-5.
- Longo M., Masella C., 2000, *Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione*, *Mecosan* 9(35):25-35.

- Macinati M.S., 2008, Outsourcing in the Italian National Health Service: findings from a national survey, *International Journal of Health Planning and Management* 23:21-36.
- Maciocco G., 2000, Il distretto della riforma ter, *Prospettive sociali e sanitarie* 30(1):7-10.
- Marra F., 2004, Le relazioni sindacali nelle aziende sanitarie, *Sanità pubblica e privata* 11/12:1069-100.
- Mattei P., 2006, The enterprise formula, new public management and the Italian health care system: remedy or contagion?, *Public Administration* 84(4):1007-27.
- Meneguzzo M., Buccoliero L., 1999, *Allearsi per comprare. Politiche di acquisto dei network di Aziende Sanitarie*, Milano, Egea.
- Meneguzzo M., Roncetti L., Rossi A.G., 2004, Centrali di acquisto, servizi in rete e 'aree vaste'. Una prima valutazione delle esperienze in atto, *Mecosan* 13(52):115-33.
- Misuraca D., Zambonin E., 2001, Il sistema di controllo interno e la valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie, *Mecosan* 37:71-6.
- Molignini G., 1996, Gli acquisti delle Aziende Sanitarie. Come coniugare trasparenza ed efficacia negli appalti, *Mecosan* 5(20):135-9.
- Moruzzi M., 2002, Progettazione e gestione del e-Hospital, *Tendenze Nuove* 2:207-20.
- Neri S., 2004, Le riforme tra collaborazione e conflitto. Il caso dell'Azienda ospedaliera Careggi di Firenze, in Bordogna L., Ponzellini A.M. (a cura di), *Qualità del lavoro e qualità del servizio negli ospedali*, Roma, Carocci.
- Oleari F., 2000, Territorio e distretto come area di governo dopo il d.lgs 229/99, *Studi Zancan* 6:70-91.
- Oliviero N. (a cura di), 1998, *La valutazione dei dirigenti nella Pubblica Amministrazione. Con il caso dell'Azienda Ospedaliera santa Croce e Carle di Cuneo*, Milano, Franco Angeli.
- Oneto A., 1994, I distretti nella legge regionale di riordino del servizio sanitario della regione Emilia-Romagna, *Mecosan* 3(11):56-63.
- Ongaro E., Valotti G., 2008, Public management reform in Italy: explaining the implementation gap, *International Journal of Public Sector Management* 21(2): 174-204.
- Osborne D., Gaebler T., 1992, *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading, Ma, Addison-Wesley.
- Pesaresi F. et al., 2003, Il carico di lavoro dei radiologi, *Mecosan* 48:37-52.
- Pieroni G., Fantini M.P., 2006, Il Direttore sanitario e le funzioni della Direzione sanitaria: l'evoluzione e i cambiamenti di una professione, *Sanità Pubblica e Privata* 6:55-9.
- Pinelli N., Tanese A., 2007, "Verso un network delle conoscenze per le Aziende sanitarie e ospedaliere", *Fiaso News* 4, Iniziative Sanitarie
- Pinelli N., 2007, "Riordino del sistema ECM e impatto sulle Aziende sanitarie e ospedaliere", Milano, About Pharma
- Pintus E., 2002, I processi di acquisto-vendita delle aziende sanitarie pubbliche, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Rossetti R., Russo T., 1997, Ruolo del nucleo di valutazione nelle aziende sanitarie e valutazione del personale, *Mecosan* 21: 33-47.
- Roversi E., Ghermanti D., Olivi P., Accorsi S., 2002, Lo sviluppo dell'Osservatorio Regionale Prezzi per il monitoraggio della spesa sanitaria, *Tendenze Nuove* 2:167-82.

- Russo T., Stucchi L., Dal Gesso S., Il ruolo del direttore del personale nella sanità pubblica, *Sanità Pubblica e Privata* 2:67-75.
- Santinello M. et al., 2003, Gestire lo stress nelle organizzazioni: l'esperienza dell'Azienda sanitaria provinciale trentina, *Tendenze Nuove* 1:45-66.
- Schmidt M.R., 1994, Grout: alternative kinds of knowledge and why they are ignored, in White J.D., Adams G.B. (eds), *Research in public administration. reflections on theory and practice*, London, SAGE Publications.
- Simonetti S., Taurino R., 2002, La valutazione della dirigenza nelle aziende sanitarie. Il modello del San Filippo Neri di Roma, *Mecosan* 42:121-32.
- Spinelli R. et al., 2003, Indagine di clima organizzativo: l'esperienza dell'Azienda Sanitaria della Provincia di Lecco, *Tendenze Nuove* 6:515-26.
- Tassinari M.C. et al., 2003, Le cure primarie nel distretto: l'esperienza della regione Emilia-Romagna, *Prospettive sociali e sanitarie* 33(11):16-9.
- Taurino R., Panichella R., 2007, Lo sviluppo organizzativo dell'ASL Roma B: la valorizzazione del Distretto, *Sanità pubblica e privata* 2:76-80.
- Testa F., Buccione C., 2002, Il distretto sanitario: funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria, *Mecosan* 11(44):27-59.
- Tofanini P. et al., 2001, Assenze, inidoneità e invalidità: alcune evidenze da una azienda ospedaliera, *Mecosan* 40:69-74.
- Tota A.L., 1995, Le relazioni sindacali nel pubblico impiego. Il caso della Ussl 42 di Pavia, w.pag. collana Ricerche n. 39, Milano, Ires Lombardia.
- Vaccani R., 1988, La gestione del personale nella sanità, in E. Borgonovi et al., *L'organizzazione dell'ospedale*, Milano, McGraw-Hill.
- Vainieri M., et al. 2009, Strumenti di governance del sistema sanitario toscano: la valutazione della performance degli Estav, *Mecosan* 18(69):147-63.
- Vendramini E., 2004, *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, Milano, McGraw-Hill.
- Vendramini E., 2007, Misurare le performance nelle Cure primarie: un approccio metodologico, *Mecosan* 16(61):125-37.
- Vicentini F., Pallotti F., Cicchetti A., 2005, I ruoli manageriali nei dipartimenti ospedalieri: evidenze da una indagine sul campo, *Organizzazione Sanitaria* 29(2).
- Yin R.K., 1994, *Case study research. Design and methods*, 2nd edition, London, SAGE.
- Zangrandi A., 1997, La retribuzione di posizione, *Azienda pubblica* 1:57-81.
- Zangrandi A., Bandini F., 1992, Reclutamento del personale e riconoscimento di carriera: due problemi irrisolti, *Mecosan* 3:44-5.
- Zanon D., Scarmagli S., 2001, Analisi strutturale e funzionale di un distretto socio sanitario in una Azienda sanitaria della Regione Veneto, *Mecosan* 10(39):133-8.
- Zavattaro F., 1993, Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario, *Mecosan* 2(5):24-35.

