



Di Tiziana Frittelli Presidente Federsanità, Fulvio Moirano Fucina Sanità, Francesco Longo SDA Bocconi, Federico Spandonaro Università di Roma "Tor Vergata", Alberto De Negri KPMG, Domenico Grimaldi esperto Federsanità, Marta Branca Dirigente ARAN, Giorgio Simon DS Centro Progetto Spilimbergo

LE RISORSE UMANE NEL SSN: RIFLESSIONI, SPUNTI E IDEE PER UNA NUOVA GOVERNANCE E PER LA VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE

La crisi pandemica, un contesto cioè del tutto eccezionale, ha messo in evidenza con forza il potenziale del SSN ma anche le sue criticità e debolezze. Il personale (operatori, professionisti, manager) che è il fattore produttivo più importante per il SSN, e le sue Aziende, in condizioni di **allentamento** dei **vincoli** e di riscoperta della missione, hanno dimostrato tutte le loro potenzialità e reso pienamente evidenti le energie che possono essere messe a disposizione del sistema pubblico di tutela della salute. Il sistema ha rivelato una capacità di reazione in molti casi sorprendentemente positiva mentre in altri casi ha manifestato rilevanti criticità.

Bisogna sottolineare come la natura pubblica e professionale delle Aziende del SSN non abbia aiutato a considerare le persone come risorse il cui contributo possa e debba essere stimolato e orientato. Da questo punto di vista, non solo è stata prestata poca attenzione a come intervenire, attivamente e intenzionalmente, su alcune condizioni generali che influiscono sui contributi che gli individui possono apportare al funzionamento aziendale, ma la stessa funzione di gestione del personale è, tra le aree gestionali, quella che ha segnato il più evidente ritardo nei processi di aziendalizzazione. La immissione senza precedenti di risorse che rappresentano un potenziale di cambiamento e innovazione mai sperimentato e difficilmente replicabile rischia – senza mettere in atto interventi mirati e quindi in una situazione di inerzia organizzativa - di rappresentare una "replica del passato" e non un "sentiero verso il futuro".

In altre parole è questo il momento di spingere l'acceleratore sui cambiamenti così necessari ed essenziali. D'altra parte tutte le Aziende sono fatte di persone e i loro risultati non sono altro che il frutto delle decisioni, delle azioni e degli sforzi di esseri umani. Da questo punto di vista

governare e gestire Aziende e sistemi significa orientare il comportamento di individui e metterli in grado di offrire il miglior contributo possibile al perseguimento della missione. Ciò è tanto più vero nell'ambito della sanità in quanto si tratta di un settore ad alta intensità di lavoro (*labour intensive*), ma soprattutto a elevata qualificazione professionale (*brain intensive*).

Riuscire a mobilitare un potenziale finora sottovalutato sarà, se possibile, ancora più importante. È una occasione unica di espansione e trasformazione dei servizi i cui risultati dipenderanno dalle condizioni in cui le persone si troveranno a operare.

Inoltre la pandemia del Covid ha avviato una grande discussione sull'organizzazione delle cure primarie e sulla medicina generale. In più documenti (PNRR, Documento delle Regioni, AGENAS, Libro Azzurro) sono stati richiesti e ipotizzati importanti cambiamenti organizzativi, contrattuali e di percorso formativo. Si è altresì preso atto che alcune previsioni di legge (ad esempio L. 189/2012) sulle forme organizzative della medicina generale sono state in buona parte disattese nella sostanza.

Le proposte sviluppate nel presente documento si fondano sul convincimento che la riforma della governance e la valorizzazione del personale siano due condizioni necessarie per il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'area delle risorse umane all'interno delle Aziende sanitarie pubbliche è da sempre prevalente una visione burocratico-amministrativa, improntata al controllo e, alla definizione di procedure e regolamenti formali. Spesso ciò è dovuto alla cultura degli "adempimenti" che porta ad "eseguire compiti" stabiliti dalle norme senza comprenderne la *ratio* e quindi in modo rigido e pedissequo. Un tale approccio è frequentemente conseguenza di relazioni sindacali improprie, sia nell'ambito della dirigenza sia rispetto al comparto. In un contesto organizzativo dove il valore aggiunto quali-quantitativo è diffusamente e prevalentemente frutto di motivazioni, ambizioni e prestazioni personali, sono carenti competenze istituzionali dedicate alle funzioni di "crescita professionale" delle persone.

In sintesi, in un sistema organizzativo caratterizzato da prevalenti contributi personali, in continuo sviluppo clinico, tecnologico e professionale, risulta drammaticamente carente la funzione strategica di gestione e sviluppo del personale. Una tale grave inadeguatezza in termini di struttura organizzativa induce a rinunciare anche all'utilizzo delle poche ma significative parti innovative contenute nei contratti collettivi nazionali e negli accordi, linee guida e direttive regionali.

Occorre invece sostenere le Aziende, in particolare con riferimento a due componenti fondamentali di ogni organizzazione sanitaria: da una parte, il top management, ovvero le persone che hanno la responsabilità complessiva e ultima sul funzionamento aziendale e i suoi risultati e, dall'altra, i professionisti ovvero le persone che con il loro sapere e le loro competenze

intervengono direttamente nei processi di cura e assistenza e ne condizionano gli esiti. In questo contesto, proponiamo interventi nelle seguenti aree di cambiamento nonché ipotesi su cui costruire le cure primarie e il futuro della medicina generale:

1) Intervenire sul contesto in cui opera il management, contrastando le spinte verso un “management difensivo”, rafforzando i meccanismi di incentivazione e investendo su formazione e selezione.

Revisione sistema delle responsabilità: deve emergere, con maggiore forza, il profilo dei **risultati ottenuti** e deve essere **ripensato il sistema dei controlli/vincoli** da cui originano i rischi. Basterebbe pensare alle attuali norme di cui al d.lgs. 81/2008: il datore di lavoro è, e resta, l’unico responsabile in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, nonostante sia prevista la possibilità di effettuare alcune deleghe. Infatti il nostro ordinamento in materia di delega dei compiti prevenzionistici nell’ambito della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, non consente la delega di responsabilità, ma prevede esclusivamente la delega di funzioni, ovvero di compiti ben definiti ai fini antinfortunistici, di prevenzione delle malattie professionali e di sicurezza antincendio. Inoltre la delega di funzioni è validamente conferita a seguito di una serie di condizioni (essere espressa ed univoca, attribuisca in capo al delegato tutti i poteri di organizzazione, gestione e controllo richiesti dalla specifica natura delle funzioni delegate, nonché, l’autonomia di spesa necessaria allo svolgimento delle funzioni stesse, sia attribuita a soggetto in possesso di tutti i requisiti di professionalità ed esperienza e dotato delle necessarie cognizioni tecniche richieste dalla specifica natura delle funzioni delegate, sia accettata specificamente dal delegato ecc.) che – di fatto – la rendono spesso inattuabile (la delega priva di uno dei requisiti previsti dalla norma non esonera il delegante dalle responsabilità degli obblighi originariamente gravanti su di lui). E comunque, resta fermo l’obbligo del datore di lavoro di vigilare e di controllare che il delegato svolga pienamente e correttamente le attività allo stesso trasferite. La violazione dei suddetti obblighi è fonte di responsabilità civile, penale e amministrativa che il più delle volte diventa inevitabile, attese le dimensioni e la complessità delle Aziende Sanitarie pubbliche.

Tale scenario induce, come sopra accennato ad una “burocrazia difensiva”, nella quale l’atteggiamento prudentiale del pubblico agente rischia di frenare - se non addirittura fermare - l’azione amministrativa.

In occasione della pandemia da Covid 19 il legislatore ha deciso di introdurre rilevanti modifiche al sistema pubblico delle responsabilità finanziarie al fine di superare la cd. “paura della firma” e la conseguente amministrazione difensiva che impedirebbe la realizzazione dei programmi ed il raggiungimento degli obiettivi pubblici (si veda il DL 16 luglio 2020, n. 76, relativo alle

misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale, convertito in legge 11 settembre 2020, n. 120), con cui è stata prevista una nuova disciplina dell'elemento soggettivo della responsabilità amministrativa, stabilendo che *“la prova del dolo richiede la dimostrazione della volontà dell'evento dannoso”* e ha delimitato anche l'ambito della responsabilità ai soli fatti dolosi e fatti omissivi gravemente colposi, seppure solo per un periodo di tempo limitato di circa diciassette mesi (e precisamente dal 17 luglio 2020 al 31 dicembre 2021). Nella medesima direzione, e nello stesso spirito, dovrebbe essere letta la recente riforma del reato di abuso d'ufficio, di cui all'art. 323 c.p. Le ragioni di una modifica normativa così radicale, intervenuta sempre con il suddetto *“decreto semplificazioni”*, afferente il delicato versante della responsabilità penale degli appartenenti alla pubblica amministrazione, seppur limitata alla sola fattispecie di abuso d'ufficio, possono facilmente individuarsi nelle finalità in precedenza esaminate, che hanno portato il legislatore, all'adozione degli strumenti necessari per affrontare la situazione di grave crisi economica. Il legislatore, ritenuta la *“straordinaria necessità e urgenza di realizzare un'accelerazione degli investimenti e delle infrastrutture attraverso la semplificazione delle procedure in materia di contratti pubblici e di edilizia”*, ha voluto procedere, in via parallela, alla *“semplificazione in materia di responsabilità del personale delle amministrazioni”* non solo sul piano erariale, ma anche su quello penale, con il dichiarato obiettivo di incentivare l'operatività della pubblica amministrazione, garantendo l'assenza (o, comunque, il forte contenimento) di diversi profili di responsabilità in capo alla stessa.

La norma in questione è stata definita *“scudo erariale”*. Ma, in realtà, non essendo stato abolito il sistema del cd. *“doppio binario”*, la mancata azione per danno erariale della Procura presso la Corte dei Conti, frenata dalla normativa emergenziale, non precluderà, almeno in via di principio, la normale azione risarcitoria innanzi al Giudice ordinario, azione rispetto alla quale non vi sono affatto limitazioni di responsabilità ed il funzionario pubblico potrà essere chiamato a risarcire il danno arrecato alla P.A. ai sensi dei generali principi dell'art. 2043 c.c..

Nuove modalità che incentivino i risultati: si suggerisce di valorizzare politicamente, istituzionalmente e nella cultura del gruppo pubblico regionale i risultati conseguiti dal management nelle dimensioni rilevanti: impatti in termini di salute, impatti economici, sviluppo della *capacity* (adeguatezza delle strutture di governo in termini dimensionali) e della *competence* (capacità manageriali) dell'Azienda, innovazione dei servizi e delle infrastrutture.

L'obiettivo da conseguire attraverso un intervento esteso e costante su tutti i meccanismi di funzionamento è quello di modificare alcuni presupposti cognitivi rilevanti per le decisioni manageriali, riposizionando il valore della *conformance* rispetto a quello dei risultati. Appare cioè decisivo rafforzare i sistemi premiali anche creando meccanismi di incentivazione manageriale

(salariale, di carriera, di riconoscimento sociale e professionale). Oggi, più che mai, è necessario favorire le decisioni più orientate al raggiungimento dei risultati, stimolando la propensione al rischio del management pubblico, scoraggiando l'adozione di decisioni "facili", che si limitano a rispettare le procedure in modo sterile e certamente meno efficaci per un rinnovamento organizzativo-

Proprio in riferimento a quanto sopra illustrato va fatta una riflessione seria sull'**adeguamento delle retribuzioni per le direzioni strategiche**: le retribuzioni del top management devono essere proporzionate alle responsabilità assunte, stabilite in funzione del rischio e della complessità delle diverse realtà aziendali, lasciando alle Regioni piena autonomia in merito, (avendo ad esempio riguardo, in termini comparativi, alle retribuzioni attualmente previste per i direttori generali dei Ministeri). Tali retribuzioni oggi, infatti, sono ferme a quanto stabilito con DPCM del 2001, non sono correlate alle accresciute dimensioni medie delle aziende del SSN e non risultano economicamente competitive, essendo i salari inferiori del 50% rispetto a ruoli analoghi nel settore sanitario privato. **Intervenire sulla selezione e formazione del management**: per avere persone dai profili sempre più coerenti e maggiormente adeguati rispetto alle caratteristiche necessarie per un manager di azienda sanitaria pubblica. Istituire e promuovere esplicitamente un modello di "vivaio" per possibili futuri dirigenti del SSN, basato su logiche di reclutamento aperte, guidate da meccanismi di reale valutazione del merito, con la possibilità di accelerare le carriere per gli alti potenziali, sganciando questa tipologia di professionisti dalle classiche procedure concorsuali incompatibili ed inefficaci rispetto alla scelta. In tale direzione si suggerisce altresì di modificare i criteri e i processi di costruzione degli albi, basandosi sulle competenze ed esperienze sostanziali dei candidati, sull'*assessment* del potenziale, sui risultati da loro raggiunti, eliminando ogni vincolo formale incapace di cogliere le reali capacità e attitudini manageriali.

Non possono non essere richiamate, infine, quale strumento utile ai fini della formazione, le opportunità fornite in tal senso dal PNRR. A cominciare dal nuovo modello di "formatore", un professionista dell'apprendimento cioè, che sappia gestire l'intervento di formazione, "illustrando la teoria" ma anche "applicando la teoria" alle situazioni lavorative di tutti i giorni; che abbia competenze sul processo formativo (dall'analisi dei fabbisogni all'ascolto delle esigenze della committenza, dalla progettazione alla valutazione e all'analisi di impatto); che abbia infine, competenze trasversali, che vanno dalla capacità di saper comunicare, ormai anche sulle piattaforme online alla flessibilità nel gestire l'aula in cui opera. E' necessaria una formazione di qualità, per la quale non servono solo tutor e docenti ma anche *content creator, experience designer, project manager*, facilitatori. E conseguentemente è fondamentale definire percorsi di formazione e aggiornamento rivolti al *middle* e al *top* management, professionisti cioè che spesso si aggiornano

sulle aree disciplinari ma non su processi, metodologie e strumenti. Ci si dovrebbe concentrare altresì sulle competenze organizzative e trasversali al fine di acquisire/perfezionare le *Cultural Change skills* (semplificazione; innovazione; gestione del cambiamento; co-progettazione; flessibilità; orientamento agli obiettivi; negoziazione; time management; inclusion e diversity; ...); le *Management skills* (*program and project management*; progettazione, gestione, monitoraggio e rendicontazione; *planning and control*; *performance and risk management*; *human and financial resources management*; *leadership* e gestione dei *team*; *policy design*,...) e le *Soft skills* (negoziiazione; gestione del conflitto; *problem solving and problem setting*; orientamento strategico; gestione della complessità ...). Investire in formazione di qualità è una opportunità strategica per la PA e il suo personale se non vogliamo perdere la *chance* del desiderato e prospettato cambiamento.

- **ATTORI:** Parlamento/Governo, Conferenza Stato-Regioni, Regioni.

2) Affrontare la questione professionale: È opportuno **intervenire** sul terreno dello *skill mix change*, rendendo possibile il pieno sfruttamento delle potenzialità delle professioni sanitarie, stimolando il loro riconoscimento e apprezzamento, sostenendone capacità e qualificazione.

Occorre quindi rimuovere alcuni vincoli giuridici che non tutelano la qualità dei servizi offerti e rischiano di rappresentare solo delle rendite di posizione per le professioni dominanti. Il monopolio giuridicamente tutelato è una delle caratteristiche principali del “professionalismo”. Ogni professione e disciplina tende a difendere quelli che ritiene essere i propri esclusivi ambiti di competenza. La crescita delle competenze e qualificazioni delle professioni sanitarie esige un riaggiustamento anche normativo che riconosca il mutamento nei ruoli e nelle responsabilità in atto nella concreta erogazione dei servizi. Tale rivisitazione dovrà consentire il pieno dispiegamento di tutte le potenzialità già oggi presenti nelle professioni sanitarie e aiutare la professione medica a concentrarsi nelle aree nelle quali è in grado di “produrre una percepibile differenza”. Si tratta, in sostanza, di accompagnare e sostenere la legittimazione delle professioni sanitarie come risposta efficace ed efficiente ai bisogni di salute della popolazione. Già ora, ad una crescita di competenze e funzioni assegnate alle professioni sanitarie, si è accompagnata una generale percezione della qualità della risposta assicurata dai nuovi professionisti della sanità.

Nell’ambito degli interventi da porre in essere per **stimolare un reale investimento sulle professioni** sanitarie, comprese quelle mediche, le seguenti iniziative paiono particolarmente importanti:

- Costruire per tutti i profili sanitari le condizioni per riconoscimenti e carriere professionali. Se le professioni sanitarie e la loro evoluzione rappresentano una risposta a molti dei problemi del SSN, tale possibilità potrà trovare concreta realizzazione nella misura in cui i

professionisti saranno portati a investire sulle loro specifiche competenze e abilità. A oggi le possibilità di progressione sono quasi esclusivamente legate alla assunzione di responsabilità gestionali, mentre sul piano professionale esistono scarse possibilità di differenziazione sia in senso verticale (passaggio di funzioni) che orizzontale (incrementi stipendiali a parità di funzione). Si tratta, ad esempio, e come in parte già avviene per la componente medica, di riconoscere livelli diversi di competenze e a questi agganciare sistemi di ricompensa sufficientemente differenziati. La strutturazione e il rafforzamento di uno spazio per la crescita professionale potrebbe anche aiutare i processi di selezione dei professionisti più vocati per le responsabilità gestionali.

- Definire contratti dove i ruoli professionali apicali possano godere di uguali potenzialità salariali e di carriera dei ruoli dirigenziali gestionali.

Consentire alle Regioni - pur mantenendo a livello nazionale la definizione dei contratti di lavoro del personale del SSN - di definire **una percentuale del monte salari da impiegare liberamente nelle Aziende sanitarie per differenziazioni salariali su profili “critici”, anche relativamente alla dislocazione territoriale (es aree interne e di provincia)**. È evidente che, per molte e diverse ragioni, le aziende pubbliche non possono godere di una libertà paragonabile a quella delle aziende private nella definizione delle risorse da destinare alla retribuzione dei dipendenti. Eppure qualche grado di libertà in più diventa fondamentale per poter accelerare sul terreno del ruolo e delle competenze dei professionisti. Inoltre, insieme a una diversa considerazione della “questione professionale”, non deve essere sottovalutata l’importanza simbolica e l’utilità pratica di potere ricompensare liberamente, e fuori da schemi preordinati, persone di particolare valore o importanza per l’azienda. Ciò risponderebbe ad almeno due esigenze. Da una parte sottolineerebbe come le Aziende Sanitarie dipendono criticamente, più di altre organizzazioni professionali, dal valore dei singoli individui, benchè abbiano comunque bisogno di stimolare il “gioco di squadra”, essendo i risultati frutto di uno sforzo collettivo. L’eccellenza individuale è un valore che deve essere quindi preservato e promosso. Dall’altra, in un sistema misto di attori e circuiti pubblici e privati, il mercato dei professionisti può diventare molto competitivo e se le Aziende pubbliche devono essere messe in grado di offrire i migliori professionisti è necessario garantire loro adeguati “spazi di manovra” nel reclutare e “gestire” tali risorse umane. In questo senso è **urgente e non più rinviabile un forte investimento sui fondi contrattuali, che finanzino le parti variabili degli stipendi, (i premi di risultato, la produttività ed il sistema degli incarichi** (storicamente immotivatamente difforni tra loro a livello regionale e aziendale).

- Intervenire sul ruolo della Medicina Generale all'interno delle Aziende: in particolare, si ritiene che l'organizzazione dei servizi sia compito precipuo delle Aziende sanitarie. La strutturazione del compenso dei MMG quindi deve avere una parte prevalente legata a obiettivi. Va riconsiderato inoltre il tema del ruolo unico di tutte le figure attualmente convenzionate presenti nell'ACN (MMG, medici di continuità assistenziale, medici dell'emergenza territoriale, medici della medicina dei servizi). Sostanzialmente sarebbe utile un complessivo riordino, a livello nazionale, delle cure primarie, al fine di realizzare una medicina territoriale adeguata al mutato quadro epidemiologico e demografico del paese.

ATTORI: Parlamento/Governo, Regioni (Comitato di Settore – Aran), Ordini Professionali/Società Scientifiche, Organizzazioni sindacali.

3) Favorire la diffusione di logiche di gruppo regionale nella gestione del personale e al contempo rafforzare il ruolo e le capacità delle aziende.

La progressiva costruzione di un gruppo pubblico regionale e di una funzione di capogruppo, pone il problema di un ruolo, a questo punto formale ed esplicito, del livello regionale sui temi attinenti la gestione delle persone. **A livello regionale**, si tratta di accompagnare, anche sul terreno della gestione del personale, la costruzione di logiche di gruppo e il rafforzamento delle funzioni di governo complessivo. E' necessario cioè introdurre nuovi modelli organizzativi, al fine di permettere alle Regioni di creare di tipologie di aziende coerenti con l'evoluzione del SSN. A livello di Aziende si tratta di operare in due direzioni distinte. La prima è quella della rimozione di alcuni vincoli che ostacolano la possibilità di **reclutare in maniera efficiente le migliori risorse** potenzialmente a disposizione del sistema. La seconda è quella del potenziamento delle possibilità e capacità delle aziende di orientare effettivamente le persone una volta che queste siano entrate a far parte della compagine aziendale.

Le seguenti proposte individuano alcune aree di intervento di particolare rilevanza:

- Rafforzare gli spazi di relazioni sindacali regionali. In alcune Regioni si assiste a un coordinamento spesso informale sui contenuti della contrattazione aziendale e la stessa Regione ne è talvolta protagonista. Al progressivo consolidamento di un ruolo di regia a livello di capogruppo (qualunque sia la forma istituzionale concretamente adottata) è necessario affiancare una coerente assunzione di responsabilità formale anche nei confronti dei soggetti di rappresentanza. Regolare e promuovere forme di mobilità intragruppo coerenti con l'obiettivo di uno sviluppo equilibrato del sistema sanitario regionale.
- Favorire soluzioni di mobilità intra-regionale di medici e degli altri professionisti, *middle management* e *top management* compresi. La mobilità potrà essere permanente, a tempo

determinato o costruita con logiche di gemellaggio/rotazione e quindi con presenze programmate (es. un giorno la settimana, o una settimana al mese o altra soluzione ritenuta funzionale rispetto alle specifiche esigenze).

L'offerta di servizi alle aziende di una stessa Regione. Insieme alle funzioni spesso implicite di governo sulla gestione delle risorse umane, si sono in questi anni registrati interventi piuttosto estesi di offerta di servizi reali (es. reclutamento centralizzato) alle aziende attraverso l'azione di enti intermedi di varia natura, senza avere individuato **metodologie per il dimensionamento delle dotazioni di personale**. Il consolidamento e l'esplicitazione della funzione di governo, dovrebbe essere l'occasione per una verifica sui livelli di funzionalità finora espressi dalle esperienze di *insourcing* regionale, nelle quali, talvolta, gli obiettivi di efficienza (economie di scala e di specializzazione) si sono confusamente intrecciati con le esigenze di governo. I tempi sono maturi per una verifica tesa a rivalutare la distribuzione di compiti e responsabilità tra agenzie centrali e aziende.

A livello di Aziende, una prima direzione di intervento è quella relativa ad alcuni **vincoli relativi che ostacolano efficienza ed efficacia dei processi di reclutamento**, oltre a limitare la platea di riferimento. In tal senso sarebbe opportuno:

- **Semplificare le procedure di reclutamento** e al contempo aumentare gli spazi per una “discrezionalità controllata” che renda possibile nelle selezioni la valorizzazione delle competenze accumulate e del potenziale professionale disponibile. L'emergenza generata dalla pandemia ha reso evidente l'esistenza di ampi spazi per lo snellimento delle procedure senza sostanziali controindicazioni in termini di trasparenza e imparzialità dei processi. Il ripensamento delle procedure dovrebbe aumentare anche il grado di apertura di un sistema tradizionalmente chiuso (entrate dal basso e carriere interne), che fatica a riconoscere sia competenze specifiche (le assunzioni “mirate” di cui le aziende avrebbero bisogno) che potenziale delle persone.

- Promuovere la mobilità da settore privato a settore pubblico, come meccanismo di “fertilizzazione incrociata” e di creazione di una “arena professionale” dinamica e competitiva. Un bacino di professionalità da considerare con particolare attenzione è quello del settore sanitario privato. Le attuali norme di legge impediscono di fatto la mobilità dal settore privato a quello pubblico (mentre il primo attinge liberamente professionisti dal secondo), per i vincoli posti a chi abbia esercitato funzioni in strutture private della regione nei due anni precedenti. Ciò appare in controtendenza rispetto alle politiche della gran parte dei sistemi sanitari occidentali, che cercano di facilitare e promuovere la mobilità tra privato e pubblico, così come tra ricerca e assistenza.

- Le migliori risorse professionali sono attratte e tendono a spostarsi in via permanente nei territori con i sistemi sanitari più forti e nelle aree più urbanizzate del paese, contribuendo alla

crescita dei differenziali di competenze e di livelli di servizio, tra aree diverse dello stesso territorio regionale. Per esercitare pienamente il loro ruolo le Aziende dovrebbero essere in grado, di istituire e promuovere sistemi di incentivi economici (dedicando una quota del monte salari) e professionali (percorsi più rapidi di sviluppo di carriera).

Una seconda direzione di intervento guarda alla **capacità delle Aziende di gestire il patrimonio di forze e professionalità** di cui dispongono. Si tratta, in altre parole, di:

- sostenere investimenti organizzativi per ottenere quantità e qualità di Risorse Umane coerenti con le dimensioni e la complessità delle Aziende sanitarie. Nonostante l'enfasi sulla centralità delle risorse umane nel settore sanitario pubblico, si evidenzia come l'area del personale sembra quella che si sia meno sviluppata nei processi di aziendalizzazione. Le responsabilità sull'insieme di meccanismi e condizioni che orientano il comportamento degli individui in Azienda sono, infatti, poco esercitate e confusamente distribuite, mentre gli attuali "uffici del personale" si concentrano, quasi esclusivamente, sugli adempimenti amministrativi e non si occupano di "politiche di sviluppo" del personale stesso.
- Aumentare i gradi di autonomia e responsabilità delle Aziende su retribuzione e carriere. Ad un consolidamento delle capacità delle aziende nel governo delle risorse umane dovrebbe corrispondere un aumento effettivo dei gradi di autonomia loro concessi sul sistema complessivo delle ricompense, con una specifica attenzione rispetto alla retribuzione e ai percorsi di carriera. È vero che, almeno formalmente, le Aziende hanno già uno spazio di manovra non irrilevante su entrambe le variabili, ma una serie di condizioni esterne (complessità della normativa vigente) e interne (resistenze al cambiamento, posizioni sindacali "consolidate") limitano fortemente tali spazi. Da questo punto di vista è necessario un impegno di sistema affinché settori oggi solo potenziali possano tradursi in effettive opportunità di azione.
- Rivedere le norme dell'ACN in ordine a: art. 13, "compiti del medico", art. 14, "contenuti demandati alla negoziazione regionale", art. 25, "Programmazione e monitoraggio delle attività", art. 26, "Equipe territoriali, forme di aggregazione, UCCP", art. 54, "Forme associative" (È necessario passare dalle dizioni generiche quali "collaborazione" "adesione", ecc. a forme più cogenti). In tal modo potrà essere resa più funzionale e razionale l'attuale organizzazione dei servizi territoriali (Case della salute, servizi sulle 24 ore, ospedali di comunità, Unità Speciali di Continuità Assistenziale, Infermiere di Comunità, Rete delle Cure Palliative, Centrale Operativa Territoriale, Centrale Operativa per cure non urgenti 116117) e gli stessi diventeranno modelli di responsabilità sulla salute di gruppi di

popolazione, con il contestuale avvio di programmi di salute di comunità in stretto collegamento con gli Enti Locali.

- Progettare forme organizzative completamente nuove mettendo assieme tutte le risorse: MMG, personale dipendente, farmacie, Comuni e volontariato. Sperimentare nuove forme di rapporti lavorativi, una sorta di “ruolo unico” in cui la distinzione contrattuale tra medico di medicina generale e medico di continuità assistenziale sia superata. Si ritiene anche utile anche attivare équipes itineranti multidisciplinari, nonché potenziare forme di telemedicina. Ciò in particolare per gli oltre 13 milioni di persone (4.261 Comuni) che vivono nelle aree interne che coprono il 63% del territorio del Paese. In queste aree l’accesso ai servizi, l’incidenza delle malattie e l’aspettativa di vita registrano dati negativi. Inoltre, sono luoghi in cui è sempre più difficile trovare medici di medicina generale disponibili a prendere servizio.
- Costruire un percorso specialistico universitario sulle cure primarie che metta insieme le necessarie competenze cliniche indirizzandole però all’assistenza a domicilio e nella comunità. Sviluppare iniziative aziendali obbligatorie di formazione congiunta tra Medici e professioni sanitarie della dipendenza e MMG al fine costruire una cultura comune, sia pure con forme di collaborazione diversa, orientata esclusivamente all’assistenza al cittadino.

ATTORI: Parlamento/Governo, Regioni, Aziende, Università, Associazioni di Volontariato, Comuni, Ordini professionali, Organizzazioni sindacali.
--