

Università degli Studi di Salerno

***Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali, Management & Information
Technology***

Dottorato di Ricerca in
Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche
(XIII Ciclo)



Tesi di Dottorato in
Contributi e prospettive della formazione manageriale in Sanità.

Morena Valentina

Il tutor

Ch.ma Prof.ssa Paola Adinolfi

Il Coordinatore

Ch.ma Prof.ssa Paola Adinolfi

Perché il conoscere, l'elemento del ricercatore e del filosofo, è congiunto al piacere? Primo e soprattutto, perché in esso si acquista la coscienza della propria forza, ossia per lo stesso motivo per cui sono gradevoli, anche senza spettatori, gli esercizi ginnastici. Secondo, perché nel corso della conoscenza si superano, si vincono o almeno si crede di vincere le idee vecchie e i loro esponenti. Terzo, perché da una nuova conoscenza, sia pure molto piccola, ci sentiamo elevati al di sopra di tutti e ci sentiamo gli unici che al riguardo sanno il giusto.

Friedrich Nietzsche, *Umano, troppo umano*,
1878

Indice

Introduzione	5
Quale cultura manageriale per la sanità?	9
Organizzazione e management: teorie e prospettive per la sanità	14
Elementi fondamentali della struttura organizzativa del sistema sanitario italiano.....	18
L'articolazione del sistema sanitario nazionale e regionale.....	24
La formazione manageriale: il motore dello sviluppo in sanità.....	29
La formazione manageriale in sanità: il caso della Regione Campania	42
Abstract.....	42
Sommario	42
1. Significati condivisi della formazione	43
2. Analisi del contesto per lo sviluppo professionale del top e del middle management nelle organizzazioni sanitarie.....	48
3. La metodologia della ricerca.....	52
4. La formazione manageriale in sanità in Regione Campania.....	53
5. Il management sanitario: un obiettivo formativo dell'educazione continua in medicina (ECM)..	57
Conclusioni	65
Riferimenti bibliografici	66
Sitografia.....	68
Il problem based learning per la formazione manageriale in sanità: un'analisi empirica degli effetti sulle organizzazioni sanitarie campane.....	69
Abstract	69
Sommario	69
Introduzione	70
1. Il contesto della ricerca	71
2. Il modello di apprendimento	73
3. La metodologia di ricerca	75
4. Risultati	82
Conclusioni	87
Riferimenti Bibliografici.....	91
Sitografia.....	94

Un'applicazione pratica della Community Care: il Budget di Salute	95
Abstract	95
Sommario:	95
Introduzione	96
1. Metodologia di lavoro.....	98
2. L'evoluzione del settore sociosanitario in Italia.....	98
3. Community care: il presupposto per l'integrazione socio sanitaria.....	100
4. Il Budget di Salute: gli elementi caratterizzanti	102
Conclusioni	105
Riferimenti bibliografici	108
Sitografia.....	108
Conclusioni	109
Riferimenti bibliografici	111

Introduzione

Il processo di riorganizzazione che sta interessando il Servizio Sanitario Nazionale introduce nel settore criteri e principi propri della gestione imprenditoriale al fine di conseguire efficacia, efficienza e qualità nella erogazione dei servizi. Esso implica un'applicazione rilevante delle scienze economico – gestionali ed organizzative nel campo della tutela della salute e, necessariamente, prevede che alla guida di tale sistema debbano essere poste delle figure professionali dotate di nuove competenze: i manager della sanità.

Queste competenze possono essere create ed incentivate solo per mezzo di adeguati sistemi di formazione.

I modelli di governance che rispondono alla previsione normativa prevedono che l'organizzazione sanitaria venga gestita con azioni virtuose da parte di nuovi manager che, forti delle competenze tradizionali, siano in grado di promuovere, adottare e diffondere strumenti gestionali innovativi. Manager che assumano con competenza ed autorevolezza la direzione strategica aziendale al fine di coinvolgere tutti gli attori del sistema nella rete virtuosa della governance.

La formazione manageriale risulta essere, quindi, necessaria per la sanità al fine di guidare nella giusta direzione tale cambiamento. La stessa è stata per la prima volta disciplinata dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484: *“Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”*. Originariamente il legislatore ha disciplinato i contenuti degli interventi formativi rivolti al top ed al middle management delle organizzazioni sanitarie, ma per affrontare con consapevolezza il processo di innovazione in atto è importante che tutti i livelli aziendali siano coinvolti e preparati a ciò.

La letteratura e non solo, ha definito questo processo di riorganizzazione della pubblica amministrazione, aziendalizzazione.

Con il D.lgs. 502/92 le aziende sanitarie sono, infatti, state definite *“aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale...”*. Alle stesse è stata attribuita una struttura organizzativo – gestionale simile a quella delle aziende private, sebbene sia rimasta invariata la propria finalità istituzionale.

L'aziendalizzazione ha reso esplicita la responsabilità gestionale delle singole aziende e ha aumentato i gradi di autonomia all'interno dei quali le stesse aziende sono 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 accentramento regionale, 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. 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.

A seguito dell'aziendalizzazione, i professionisti sanitari, cui sono assegnati ruoli gestionali, hanno dovuto acquisire competenze di management, per come commenteremo in seguito. Purtroppo l'avvicinamento in senso opposto – cioè quello degli amministrativi alla sensibilità e competenze di tipo sanitario – non risulta altrettanto sviluppato o efficace.

Lo sviluppo delle competenze manageriali, funzionali al processo di aziendalizzazione, sono state sostenute 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.

L'emergere del management sanitario come 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.

Sul piano normativo le regioni, più di ogni altro livello dell'apparato burocratico italiano risultano essere investite di attribuzioni e compiti per la gestione del sistema sanitario, tanto da arrivare all'espressione “regionalizzazione del servizio sanitario”.

Alle stesse sono attribuite le funzioni di programmazione, organizzazione, finanziamento e controllo per soddisfare le specifiche esigenze della popolazione locale, sempre nel rispetto dei

livelli essenziali ed uniformi di assistenza, che sono definiti a livello statale e vanno assicurati su tutto il territorio nazionale.

Anche sul piano della formazione manageriale le Regioni sono investite di attribuzioni e funzioni tant'è che il D.lgs. 502/92 prevede che siano le stesse ad organizzare, con cadenza almeno biennale, i corsi di formazione manageriale rivolti agli aspiranti vertici aziendali.

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. Ad oggi tale previsione normativa è stata variamente applicata o disapplicata, così come verrà meglio specificato in seguito.

Oggetto di studio di questa tesi di dottorato risulta essere la Regione Campania la quale riconosce il ruolo propulsivo che le risorse umane assumono nel processo di rinnovamento del SSR e considera la formazione un elemento strategico, funzionale alla realizzazione degli obiettivi di salute, così come si legge nel suo Piano Sanitario Regionale.

A discapito di ciò, ad oggi l'amministrazione regionale non ha ancora attivato corsi di formazione manageriale per il top ed il middle management delle aziende sanitarie, autonomamente.

Nel primo dei tre paper proposti, all'interno di questa tesi di dottorato si evince il ruolo cruciale svolto dalle Università campane nella predisposizione di un'offerta formativa sul tema altamente specializzata in grado di sopperire alle carenze dell'ente di programmazione preposto.

Il master di secondo livello in Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie, case study del secondo paper, risulta essere l'unico master Campano in formazione manageriale sanitaria promosso dall'Università di Salerno attivato in partnership con altri enti quali l'Università di Napoli Federico II, l'Università del Sannio e l'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Campania (ArSan). L'offerta formativa dello stesso ricalca il modello proposto dall'accordo Stato – Regioni – Province Autonome del 10 luglio 2003.

Proprio i discenti – lavoratori della settima edizione del master sono stati oggetto di indagine da parte dell'autore al fine di valutare il trasferimento delle competenze acquisite dagli stessi alle organizzazioni sanitarie per cui lavorano.

Infine, l'ultimo paper proposto tratta dell'applicazione pratica di un nuovo modello di governance del settore socio sanitario, quale la metodologia di presa in carico delle persone attraverso i progetti terapeutico riabilitativi individualizzati sostenuti da Budget di Salute. La stessa rappresenta una soluzione organizzativa "comunitaria" per la tutela della salute, in grado di superare i modelli assistenziali di stampo tradizionale (soprattutto di tipo gerarchico e prestazionale), che favorisce nuovi approcci di tipo relazionale, multisettoriale e di rete in grado di attuare l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale.

Tale metodologia innovativa per la gestione del settore socio sanitario è stata implementata, già a partire dal 2005, da una delle aziende sanitarie locali della Regione Campania.

Quest'applicazione pratica della teoria della community care, individuabile quale best practice proposta dai nuovi manager sanitari, evidenzia quanto l'autonomia organizzativo – gestionale avviata con l'aziendalizzazione del sistema sanitario sia stata in grado di rispondere in modo più efficace ed appropriato ai nuovi bisogni della popolazione.

Quale cultura manageriale per la sanità?

In sanità il tema della cultura manageriale è stato introdotto non molti anni fa. Il D.lgs. 502/92 e il D.lgs. 517/93¹, pur non mettendo in discussione i principi fondamentali della Legge 833/78, hanno dato avvio al processo di aziendalizzazione del sistema sanitario italiano, che ha previsto la trasformazione dell'assetto istituzionale, gestionale e organizzativo del sistema stesso.

Le riforme, enucleate nei citati decreti legislativi, hanno tratto fondamento da una presa d'atto del fallimento di alcuni presupposti insiti nella Legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Per Menichetti (2001) tali presupposti sono riconducibili a tre ordini di motivi: 1) il fallimento sostanziale delle Unità Sanitarie Locali a gestione collegiale, che non sono state in grado di raggiungere i risultati sperati in termini di obiettivi di salute, né di sostenibilità economico - finanziaria; 2) la crisi fiscale dello Stato, che legandosi alla riflessione sul new welfare ha evidenziato il nesso inscindibile tra idee di salute, organizzazione del SSN e diritto alla salute costituzionalmente garantito; 3) la separazione tra politica ed amministrazione con riguardo alla regionalizzazione del servizio, che ha caratterizzato il processo di profonde riforme della pubblica amministrazione degli anni Novanta.

Specificamente, con i D. Lgs. 502/92 e 517/93, il legislatore ha provveduto a modificare profondamente la natura giuridica delle USL, la loro "territorializzazione", le loro competenze in riferimento alla materia socioassistenziale, l'impianto organizzativo, le modalità di finanziamento.

Le modifiche introdotte possono essere così sintetizzate:

- a) attribuzione allo Stato dei compiti di pianificazione in materia sanitaria, da attuarsi mediante l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale triennale;
- b) individuazione da parte dello Stato dei "livelli uniformi di assistenza" sanitaria che debbono essere obbligatoriamente garantiti dal SSN ai cittadini aventi diritto, e definizione annuale, nel contesto delle leggi finanziarie, dell'ammontare complessivo delle risorse attribuibili al finanziamento delle attività sanitarie; altre prestazioni sanitarie, non previste dai livelli uniformi di assistenza e comunque costi i esorbitanti i finanziamenti previsti che debbono essere eventualmente finanziati con risorse proprie delle Regioni;
- c) previsione di una forte regionalizzazione della sanità: alle Regioni sono attribuite funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività sanitarie gestite dalle Aziende, nel governo di attività di igiene pubblica;

¹ Questi decreti legislativi sono stati emanati dal governo in attuazione della Legge Delega 421/1992 "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale."

d) trasformazione delle aziende USL da strumenti operativi dei Comuni singoli od associati, ad aziende regionali con propria personalità giuridica ed autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale;

e) definizione di un nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria, basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, a tariffe predeterminate dalle Regioni.

f) separazione ai fini contabili e finanziari degli interventi sanitari da quelli socioassistenziali: le funzioni sanitarie sono a carico dell'Azienda Sanitaria, mentre quelli socioassistenziali sono di competenza degli Enti Locali; le Aziende Sanitarie possono gestire interventi socioassistenziali soltanto a seguito di delega da parte degli Enti Locali.

Lo scopo dell'aziendalizzazione delle USL, e dell'istituzione di aziende ospedaliere autonome è quello di rendere più efficiente la gestione delle risorse (finanziamenti, attrezzature e strutture) della sanità, al fine di raggiungere gli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

Il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 per la prima volta ha conferito all'USL l'attributo di "azienda", nonché una serie di elementi privatistici nella gestione oltre che l'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale, tecnica e contabile.

Successive modifiche apportate nel corso degli anni hanno condotto all'attuale formulazione normativa, in base alla quale *"le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e la loro organizzazione ed il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali"*².

Resta, comunque, evidente l'affermazione della natura pubblica delle aziende ma anche la maggiore autonomia delle stesse al fine di favorire un uso più efficiente delle risorse finanziarie e professionali dell'azienda, senza scadere in derive di tipo economicistico e favorendo il consolidamento della regionalizzazione del SSN.

Borgonovi (2015) ha precisato che *"L'aziendalizzazione non va intesa come negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, né come minimizzazione dei costi, né tanto meno come massimizzazione dei «profitti». È invece un approccio logico che richiede a ogni istituto, quindi anche alle aziende sanitarie, di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri portatori di interessi (stakeholder) utilizzando al meglio le risorse disponibili. L'aziendalizzazione richiede quindi alle aziende sanitarie di ricercare continuamente modalità alternative di acquisizione e di impiego delle risorse per non dover ridurre i bisogni soddisfatti e, anzi, per poterli ampliare; richiede inoltre di verificare continuamente che i bisogni a cui vengono destinate le risorse siano quelli più rilevanti.*

² Art.3, comma 1-bis, D.Lgs. 502/1992 così come modificato dal D.Lgs. 229/1999 e dal D.Lgs. 168/2000.

La teoria aziendale si fonda su alcune proposizioni generali che valgono per tutte le classi di aziende, ma che vanno poi declinate in concetti e strumenti propri delle singole classi. Logiche e metodi sviluppati nel tradizionale contesto d'impresa non possono quindi essere acriticamente trasferiti alle aziende sanitarie³".

La ratio della figura aziendale risiede nell'esaltazione giuridica di un elemento sostanziale quale quello di "attività stabilmente organizzata per la produzione di beni e servizi", ratio che rimane tale, come pure le regole di assetto e funzionamento che caratterizzano il modello aziendale, anche quando l'azienda assolve a finalità pubbliche.

I principi che presiedono alla configurazione di ogni struttura aziendale pubblica e che vanno, quindi, ritrovati nei nuovi soggetti gestionali del servizio sanitario sono: l'autonomia, vale a dire la capacità degli organi di amministrazione di gestire le risorse a disposizione in funzione dei fini dell'azienda; l'economicità, in base alla quale il funzionamento della struttura aziendale deve essere ispirato da razionalità rispetto allo scopo piuttosto che da razionalità rispetto alla norma; la regolamentazione di diritto comune, per cui l'attività deve essere sottoposta più alle regole del diritto comune rispetto a quelle del diritto amministrativo; la responsabilità, che comporta che il controllo esterno sia esercitato sui risultati e sulla conduzione complessiva della gestione piuttosto che sugli atti, mentre all'interno della struttura deve essere implementato il controllo di gestione⁴.

Ne consegue che le Aziende Sanitarie, in base al nuovo dettato legislativo, devono agire mediante atti di diritto privato, informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

L'attribuzione all'Azienda Sanitaria di una forte autonomia e di una connessa responsabilità per i risultati conseguiti, insieme all'individuazione dei fini istituzionali propri dell'entità organizzativa, rappresentano l'essenza stessa dell'essere azienda.

Il legislatore ha previsto che le aziende sanitarie, una volta definiti obiettivi e vincoli:

³ Borgonovi E. ha espresso ciò alla sua lectio magistralis tenuta al convegno "Welfare e salute: opportunità e prospettive", organizzato dalla segreteria didattica del Master in Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie il 18 maggio 2015, presso l'Università degli Studi di Salerno.

⁴ Il controllo di gestione è uno strumento di guida della gestione aziendale verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati e di ausilio per chi è responsabile delle decisioni aziendali e di implementazione delle stesse.

Il controllo di gestione è, dunque, un'attività di orientamento e monitoraggio della gestione: con il primo si favoriscono comportamenti coerenti con la missione aziendale; con il secondo, si attribuisce al controllo una valenza informativa sul funzionamento del sistema aziendale al fine di fornire un supporto necessario per assumere decisioni razionali in ordine alla migliore combinazione fra risorse impiegate e consumate nel processo di produzione-erogazione (Lebas M.,1981).

Gli elementi fondamentali del controllo di gestione validi per qualsiasi tipologia di azienda sanitaria, sono:

1 - I principi del controllo di gestione

2 - Le finalità del controllo di gestione

3 - Il processo di controllo di gestione

4 - Le metodologie del controllo di gestione, rappresentate dalla contabilità analitica, dal budget, dal forecast e dal sistema di reporting.

- dispongano del potere di allocare le risorse e gestirne l'utilizzazione in modo da perseguire al meglio gli obiettivi, nel rispetto dei vincoli assegnati dal livello regionale;
- accettano di essere valutati per la gestione svolta, secondo i vincoli ricevuti, sulla base dei risultati conseguiti;
- si assumono la responsabilità per quello che si è realizzato.

Aziendalizzazione non significa che i vincoli di bilancio cambino natura e diventino obiettivi⁵, ma che i Livelli uniformi ed Essenziali di Assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Servizio Sanitario Nazionale siano assicurati dalle Regioni avvalendosi del sistema delle Aziende Sanitarie, nella piena riconduzione di queste nella logica programmatica aperta e non burocratica che regge l'intero Servizio Sanitario Nazionale.

La connessione dell'Azienda Sanitaria con la Regione afferisce esclusivamente all'area di indirizzo, cioè della determinazione degli obiettivi e dei vincoli, anche finanziari, ed il controllo sui risultati complessivi della gestione. Non viene compromessa l'autonomia gestionale, che rappresenta il carattere peculiare ed essenziale del modello aziendale ed attiene all'organizzazione delle risorse a disposizione, in vista del conseguimento dei risultati⁶.

Va rilevato, inoltre, che l'aziendalizzazione ha interessato, oltre ad Aziende USL ed Aziende Ospedaliere, anche altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, quali le aziende ospedaliere - universitarie, le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, che per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica o di didattica del SSN possono essere costituite o confermate in aziende, secondo le modalità fissate per le Aziende Sanitarie Locali (Antonelli, 2010).

La "gestione" di un'azienda sanitaria per essere definita tale, comporta la disponibilità e la capacità d'uso di strumenti adeguati per:

- Effettuare analisi e previsioni.
- Assumere decisioni.
- Tradurre in azioni concrete le decisioni assunte.
- Compiere le dovute azioni di supervisione del ciclo operativo e di controllo dei risultati conseguiti, in termini di quantità, qualità e costo del prodotto (efficacia, efficienza e appropriatezza).

Sarebbe, pertanto, opportuno parlare di razionalizzazione, di ristrutturazione della sanità, affiancata al recupero del modello di azienda pubblica, non di privatizzazione tout – court. Si rinnovano gli

⁵ Come spiega chiaramente il "*Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale*", Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS "Guido Carli", Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachel", 2008.

⁶ C. Carbone, F. Ferré, A. Liotta, "La struttura del SSN", in "*L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*", a cura di E. Cantù, Egea, Milano, 2010, p. 35.

schemi, il modello organizzativo gestionale, il rapporto con l'utente, si cambiano gli uomini ma il soggetto titolare del servizio resta sempre la pubblica amministrazione. A livello organizzativo si tratta, quindi, di attuare il passaggio dalla logica burocratica alla logica manageriale. Quindi, la volontà di cambiamento attiene all'azione, alle logiche, ai parametri, non al soggetto istituzionale⁷. Il processo di management, in letteratura è raffigurato come un insieme di sistemi collegati (Fig.1), dove le frecce bidirezionali indicano l'interazione che esiste tra ciascun elemento del sistema complessivo. Da un punto di vista teorico, sebbene il processo di management sia realizzato in una sequenza che parte dalla pianificazione per finire al controllo, nella realtà il processo si svolge senza una sequenza univoca e preordinata (Gerloff, 1985).

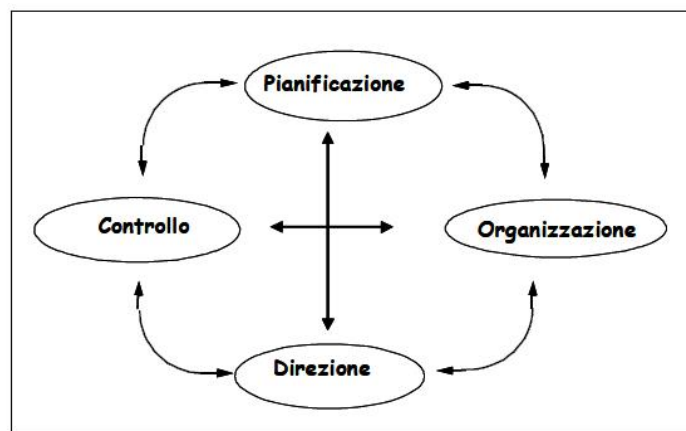


Fig. 1 - Rappresentazione grafica del processo di management (Franco 2005)

In particolare, il termine “pianificazione” assume il significato di selezionare ed identificare gli obiettivi oltre che scegliere le opportune le strategie per raggiungerli.

L'attività manageriale comprende anche una funzione di “organizzazione” che consiste nel disegno della struttura organizzativa. Queste attività comportano la determinazione dei compiti che devono essere svolti, chi li deve svolgere, come questi compiti devono essere raggruppati, il sistema di rapporti gerarchici e dove le decisioni devono essere prese.

Il termine “direzione” afferisce all'azione di coordinamento e guida delle risorse umane, promuovendo e indirizzando azioni verso obiettivi comuni.

Il “controllo” implica la verifica dello svolgimento delle attività con l'individuazione delle opportune decisioni e degli eventuali adeguamenti.

⁷ A. Donzelli, D.Sghedoni, Pubblico e Privato. Un confronto in SAPERE di aprile 1996 – pagg.6 e ss: com'è dimostrato da un recente studio e da una unica ricerca dell'Istituto di ricerca sociale di Milano (IRS) sui modelli organizzativi e sui risultati dei sistemi sanitari, nel mercato imperfetto della sanità, sia in termini di equità, solidarietà che di efficacia, efficienza e sicurezza, lo Stato fa meglio del privato.

La relazione sottostante agli elementi del processo di management identifica l'organizzazione. I piani, le strategie e gli obiettivi di direzione diventano la base per la definizione dei compiti e delle attività che devono essere intrapresi dalle differenti posizioni di lavoro di un'organizzazione; a loro volta le attività fanno capo a degli organi che ne assumono la responsabilità e l'autorità per fornire il coordinamento necessario⁸.

Nello specifico, l'attività manageriale afferisce all'organizzazione delle risorse umane, strumentali ed immateriali e rappresenta il ruolo principe del manager.

Organizzazione e management: teorie e prospettive per la sanità

L'organizzazione è l'attività attraverso la quale si suddividono le responsabilità aziendali e attraverso cui si ripartiscono le risorse per far fronte alle proprie competenze, individuando i meccanismi di coordinamento al fine di armonizzare l'operato di ciascuno in funzione degli obiettivi.

L'organizzazione può essere descritta secondo le teorie strutturali e comportamentali.

La prima teoria considera le soluzioni relative alla definizione delle strutture organizzative ed ai relativi meccanismi di coordinamento.

La seconda teoria, quella comportamentale, considera gli effetti che il comportamento umano (sia dei singoli individui che dei gruppi) ha sui risultati organizzativi.

Le fasi del processo organizzativo, possono, quindi, essere definite nel disegno del processo operativo, nella divisione del lavoro, nella individuazione delle risorse, nell'attribuzione delle responsabilità e nella scelta dei meccanismi di coordinamento.

Di notevole impatto sono state le conseguenze dell'introduzione del principio di aziendalizzazione in ambito sanitario anche sull'assetto organizzativo, infatti si è pervenuti ad una tendenziale separazione delle funzioni ad ogni livello organizzativo (Menichetti, 2001).

Un'azienda "sanitaria" è contemporaneamente un sistema di produzione e una istituzione sociale dove l'imprenditore (Direttore Generale) ha la responsabilità di collocare la sua impresa nell'ambiente che le è più congeniale in base alle indicazioni dettate dal Piano Sanitario Nazionale e alle leggi imposte dal mercato.

L'intendimento del legislatore è stato quello di richiedere ai manager un impegno articolato e complesso che preveda non solo l'efficienza, ma soprattutto l'efficacia dei processi sanitari in un'ottica di qualità e quindi di soddisfazione dei clienti.

L'organizzazione assume quale prodotto della propria teoria il fatto che coordinando un numero maggiore di risorse è possibile ottenere un risultato più soddisfacente rispetto a quello del singolo individuo⁹.

⁸ Franco M., Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento, in Capasso A., Pascarella G., La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento, Franco Angeli, Milano, 2005, pp. 71-72.

⁹ Reborra G., Manuale di organizzazione aziendale, Carrocci editore, Roma, 2007, p. 19.

La disciplina dell'organizzazione aziendale, infatti, affronta l'analisi dei processi di suddivisione del lavoro, di interdipendenza e di coordinamento fra più soggetti in un sistema di attività economiche al fine di individuare criteri generali di comportamento volti ad ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Lo scopo di affrontare il problema organizzativo è quello di identificare ed applicare la "migliore" modalità per assegnare e coordinare le attività condotte da più persone facenti parte dell'organizzazione.

Il termine "migliore", in tale disciplina, non assume un significato univoco e condiviso. dalla letteratura, sono, infatti, state individuate differenti accezioni, quali:

- l'organizzazione migliore è quella ottima ed universale (F. W. Taylor, 1911, H. Fayol, 1916, J. D. Mooney, 1937, L. Urwick, L. Gulick, 1937), per cui risulta necessario formulare dei modelli applicabili in qualsiasi realtà organizzativa;
- l'organizzazione migliore è quella adatta ad alcune specifiche circostanze, per cui risulta necessario individuare differenti alternative organizzative. In tale filone si sono susseguiti differenti contributi che hanno visto inizialmente la contrapposizione dei sistemi "organici" con quelli "meccanici" e successivamente la teorizzazione delle configurazioni organizzative "idealtipiche" (T. Burns, G. Stalker, 1961, J. Woodward, 1965, P. R. Lawrence, J. W. Lorsch, 1967, J. Child, 1972, H. Mintzeberg, 1979);
- l'organizzazione migliore è quella economicamente più conveniente, per cui l'organizzazione deve assumere la struttura che maggiormente si confà con un dato ineluttabile vale a dire quello delle risorse scarse, è necessario che l'organizzazione adotti la struttura più efficiente per il governo delle transizioni (O. E. Williamson, 1975, 1985, W. G. Ouchi, 1980, J. Barney, W. G. Ouchi, 1984);
- l'organizzazione migliore è quella legittimata dal contesto normativo, sociale e culturale, per cui l'organizzazione deve assumere la forma migliore in relazione alla realtà (J. W. Mayer, B. Rowan, 1977, P. Di Maggio, W. W. Powell, 1991, R. W. Scott, J. W. Mayer, 1983);

L'azione organizzativa è sinonimo di "disegno organizzativo", vale a dire quadro complessivo desiderato, rispetto a cui vengono definiti determinati comportamenti attesi (De Vita, 2000).

Le conseguenze dell'azione organizzativa incidono su determinati fattori chiave dell'organizzazione, tra cui sugli obiettivi di efficacia, di efficienza ed equità. Per il raggiungimento di questi obiettivi è necessario procedere ad una divisione del lavoro, che determina una specializzazione delle mansioni nelle due dimensioni della stessa, quella orizzontale e quella verticale. Tutte le attività del processo operativo sono necessariamente collegate fra di loro, per cui le scelte di divisione del lavoro e specializzazione delle mansioni determinano la nascita delle interdipendenze, ossia di legami tra attività e quindi tra unità organizzative, tali legami dovranno essere gestiti per mezzo di opportuni meccanismi di integrazione e coordinamento¹⁰.

¹⁰ Franco M., Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento, in Capasso A., Pascarella G., La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento, Franco Angeli, Milano, 2005, p.77.

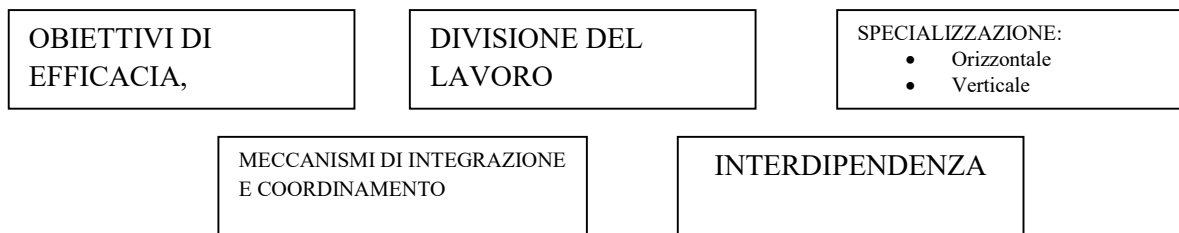


Fig. 3 – I fattori chiave dell’organizzazione (Franco, 2005)

Dopo aver definito quelli che sono i fattori chiave dell’organizzazione devono essere definite le parti fondamentali di un’organizzazione. Per Isotta (2003) il termine “organizzare” non può prescindere dalla risoluzione al problema del coordinamento e controllo del comportamento degli attori dell’organizzazione e la dimensione attore può dispiegarsi su differenti livelli, lungo un continuum nel quale possono individuarsi alcune tipologie ben differenziate tra loro, quali:

- Individuo
- Gruppo
- Azienda
- Network

L’individuo viene considerato importante dal momento che, sebbene i problemi organizzativi sono posti soprattutto su di un piano collettivo, la componente individuale non solo non è irrilevante in sé, ma condiziona anche l’azione organizzativa dei livelli superiori, entro cui l’individuo in quanto tale si posiziona e si confronta costantemente.

Il gruppo, rappresenta una dimensione intermedia tra quella individuale e quella istituzionale, è un’unità organizzativa composta da due o più persone che interagiscono e coordinano il loro lavoro al fine di raggiungere uno specifico obiettivo.

Tra gli individui del gruppo esiste, necessariamente, una fitta rete di relazioni sociali e comunicative ed una forte coesione decisionale.

All’azienda, possono afferire una diversificata tipologia di attori organizzativi, identificabili con svariati criteri ed accumulati da una valenza distintiva comune di carattere giuridico – economico. La stessa risulta essere il livello di riferimento favorito dalla scienza organizzativa, e su cui sono state stratificate nel tempo teorie, formule interpretative e modelli di condotta, successivamente trasferiti anche ad altre forme di organizzazione.

Gli assetti organizzativi aziendali possono presentarsi con differenti caratteristiche e peculiarità, tuttavia sussistono cinque parti fondamentali individuabili indipendentemente dalle forme adottate, per il ruolo che svolgono nel funzionamento del sistema organizzativo (Mintzberg, 1983).

L’asse portante di ogni organizzazione è rappresentata dagli operatori che sono coloro che materialmente provvedono alla produzione di beni e/o servizi, nel caso di specie della sanità all’erogazione delle prestazioni. Gli operatori compongono il “Nucleo operativo di base”.

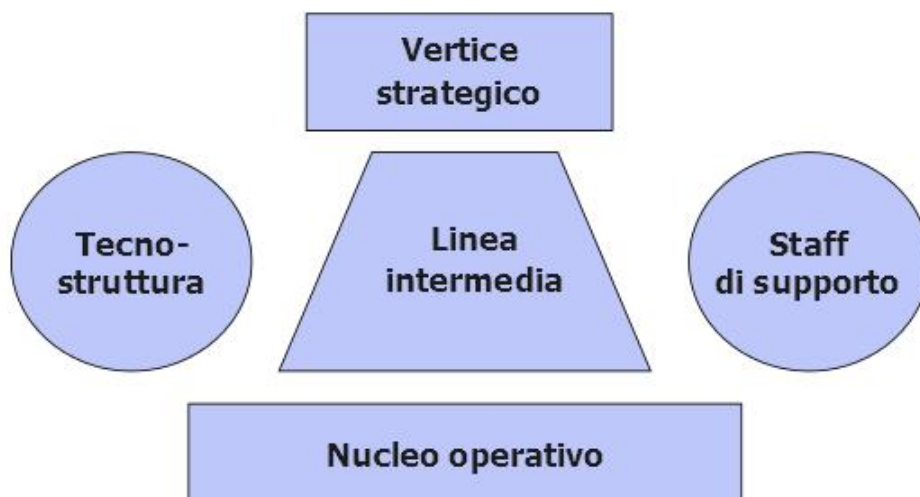
Il vertice strategico è composto dal Top Management e quindi da coloro i quali sono responsabili del governo e del controllo di tutto il sistema organizzativo. Questa parte dell'organizzazione la rappresenta all'esterno, esercita la leadership complessiva, traccia la strategia, decide in merito all'allocazione delle risorse e rappresenta il punto di riferimento per i manager intermedi.

Il Middle Management (Linea Intermedia) è composto dai dirigenti che collegano il Top Management con il Nucleo operativo di base. La principale funzione svolta da questi dirigenti è quella di tradurre gli obiettivi generali del vertice in obiettivi specifici, garantendo la supervisione dell'ordinario funzionamento dell'azienda.

Gli analisti (componenti della Tecnostruttura) sono coloro i quali sono specializzati ed affiancano il top management per la programmazione e il controllo formale del lavoro delle altre parti dell'organizzazione.

Il personale di supporto o di sostegno comprende gli addetti ausiliari di tipo diverso che sono destinati a fornire servizi interni di diversa natura al fine di agevolare l'ottimale svolgimento delle attività primarie.

Gli organi e le unità di personale di supporto e della tecnostruttura che esercitano queste mansioni sono tradizionalmente chiamati di staff, per differenziarli rispetto alla line, vale a dire la linea gerarchica che dirige il personale operativo e controlla le risorse aziendali.



Fonte: H. Mintzberg, *The Structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall, 1979, 215 – 297; and H. Mintzberg, *Organization Design: Fashion or Fit?*, *Harvard Business Review* 59, Jan. – Feb. 1981, 103 – 116.

Fig. 4 – Le parti di un'organizzazione

Da ultimo, il network, che può assumere configurazioni molto differenti, spesso riconducibili ad assetti di organizzazione tra aziende e con connotazioni e profili morfologici molto diversi.

Elementi fondamentali della struttura organizzativa del sistema sanitario italiano

Gli elementi di specializzazione del sistema sanitario influenzano lo svolgimento dei processi gestionali, organizzativi e di erogazione delle prestazioni sanitarie. Tali elementi caratterizzando la conformazione assunta dal SSN.

Un utilizzo efficiente delle risorse e delle potenzialità delle attività organizzative può concorrere a realizzare più elevati livelli di tutela della salute, perché, attraverso delle azioni che consentono di contenere i costi di produzione dei servizi, è possibile aumentare, a parità di altre condizioni, la quantità e la qualità delle risposte corrispondenti alle caratteristiche dei bisogni e della domanda di servizi sanitari¹¹.

Le attività sanitarie sono caratterizzate da un'elevata complessità intrinseca, dall'autonomia clinica degli operatori e dalla necessaria personalizzazione delle prestazioni. Generalmente, una realtà organizzativa risulta essere tanto più complessa quanto più è specializzata, e quindi necessita di forme di integrazione e coordinamento¹². Il sistema organizzativo delle organizzazioni sanitarie è caratterizzato da significativi livelli di complessità, che generano un elevato bisogno di integrazione e rendono necessaria l'attivazione di numerosi meccanismi di coordinamento, anche di tipo non strutturale (Ruffini, 1998).

Profili e Sammarra (1999) hanno dimostrato come in tale sistema, l'efficacia delle strutture sanitarie dipenda sempre meno dal contributo del singolo professionista, e in misura maggiore da un efficace coordinamento delle attività tanto fra le varie parti dell'organizzazione, quanto fra le molteplici figure di operatori coinvolti per perseguire il duplice obiettivo dell'efficacia terapeutica e dell'efficiente impiego delle risorse.

L'analisi delle strutture organizzative sanitarie potrebbe partire dalla ripartizione dei compiti e delle mansioni dell'attività medica e della sua evoluzione nel tempo (Ruta, 1990).

In passato, infatti, il medico – professionista riusciva a erogare le prestazioni sanitarie sebbene in modo artigianale, comunque in forma integrata e complessiva.

Successivamente le prestazioni sanitarie hanno richiesto di essere soddisfatte in modo diverso con una forte specializzazione dell'attività medica ed una sempre maggiore parcellizzazione dei compiti e delle relative mansioni. Oggi ogni intervento sanitario, anche il più semplice, richiede livelli più o meno complessi di coordinamento tra operatori di discipline complesse.

Le strutture sanitarie¹³ rappresentano, quindi, organizzazioni fondate su una rete di rapporti di interdipendenza e di relazioni organizzative che dovrebbero rispondere ad una logica di interdisciplinarietà e di responsabilizzazione dei risultati che superano le competenze specifiche e gli ambiti di responsabilità di unità e servizi e delle singole componenti presenti (Contini, Perucci, Sacchi, 1991).

¹¹ Borgonovi E., *Le aziende del SSN e il processo manageriale incompiuto. Le esigenze di cambiamento sono indipendenti dalle caratteristiche del Governo*. SIPIS, Roma, ITALIA, 2013, p. 187.

¹² Ruffini R., 1998, *La sanità*, in Costa G., Nacamulli R. C. D., *Manuale di Organizzazione Aziendale. Volume 4 – Le tipologie aziendali*, Utet, Torino.

¹³ I termini strutture e aziende sanitarie comprendono sia le Aziende Sanitarie Locali, sia le Aziende Ospedaliere, per le prime il fine istituzionale s'identifica con il soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità locale, attraverso la produzione e l'erogazione di prestazioni e servizi con la garanzia di livelli uniformi di assistenza. Per le seconde il fine istituzionale risponde a specifici bisogni di salute, con la produzione e l'erogazione di prestazioni e di servizi ospedalieri di diagnosi e di cura.

Le aziende sanitarie richiedono, di conseguenza, modelli organizzativi diversi, in grado di far coesistere il valore pubblico dell'attività esercitata (servizio sanitario) con gli interessi cui è preposta (tutela della salute), con l'esigenza di economicità ed efficacia della propria azione.

La struttura organizzativa comunemente adoperata dalle aziende sanitarie è di tipo funzionale, con un'aggregazione delle attività effettuata per aree omogenee di problemi, in sostanza corrispondenti alle principali aree d'intervento previste dalla normativa.

Il modello funzionale prevede che vi sia un'articolazione della struttura aziendale in settori/servizi, a cui sono attribuite funzioni settoriali specialistiche. Quindi, i singoli settori si articolano a loro volta in unità operative che poi, si compongono di un sotto insieme specialistico di funzioni, guidate da una posizione organizzativa con responsabilità dirigenziale.

Questo tipo di conformazione strutturale ha dimostrato di essere adeguato a garantire il governo della complessità e una focalizzazione degli sforzi e degli interventi in specifici settori, sebbene, rafforza la tendenza delle strutture sanitarie a convergere verso modelli organizzativi poco flessibili e fondamentalmente di tipo burocratico.

Due sistemi di attività debbono convivere nelle organizzazioni sanitarie quello professionale e quello amministrativo, fortemente differenziati, se non antitetici ma tuttavia legati da molteplici relazioni di interdipendenza (Olla, Pavan, 1996). L'esistenza di questi due sistemi di attività, determina la presenza di due linee di autorità, rispondenti a logiche diverse e una tipicità organizzativa, riconducibile al modello della burocrazia professionale¹⁴. Tale peculiarità tende a far emergere un fattore di particolare criticità, che produce una situazione di possibile conflittualità, che si traduce talvolta in una differente impostazione fino a contrapposizioni tra l'azione clinica, rivolta all'uso ottimale dei mezzi e delle risorse in riferimento al paziente (orientamento all'efficacia), e l'azione amministrativa tesa all'impiego economico dei mezzi e delle risorse nella gestione complessiva della organizzazione (orientamento all'efficienza)¹⁵.

Sebbene siano abbastanza eterogenee sotto molti aspetti, le strutture sanitarie hanno alcuni caratteri comuni, vale a dire un nucleo di attività che, con complessità di diverso grado, sono sempre presenti e rappresentano i tratti comuni a tutte le tipologie di strutture in esame.

¹⁴ Il modello della burocrazia professionale, teorizzato da H. Mintzberg, è caratterizzato dalla coesistenza di due principali strutture parallele: una professionale che comprende i professionisti (medici) che prestano la propria attività nel nucleo operativo, in possesso di competenze specifiche, acquisite per mezzo della formazione, da cui deriva l'autonomia clinica; una amministrativa, da parte dello "staff di supporto", che afferisce all'insieme dei servizi di supporto generale, all'attività svolta dal professionista e caratterizzata per un'impostazione maggiormente gerarchica.

Si affiancano la "tecnostuttura" poco sviluppata (dato che la standardizzazione si realizza all'esterno del sistema), il "vertice strategico" e la "linea intermedia" quasi inesistente (dato che non è richiesto un coordinamento mediante supervisione diretta o reciproco adattamento dell'attività svolta nel nucleo operativo che genera coordinamento sulla base della standardizzazione delle conoscenze).

Ne deriva una struttura appiattita, articolata su pochi livelli gerarchici, di cui il nucleo operativo rappresenta l'elemento principale. Per un approfondimento si veda Mintzberg H., *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1983 (trad. it. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna).

¹⁵ Anche Maggi (1994) affronta il tema della complessità organizzativa delle strutture ospedaliere osservando che alcuni autori identificano la ragione della sua esistenza nella presenza, all'interno di tali strutture, di "tre cicli funzionali: quello propriamente medico, della diagnosi e della cura, quello dell'assistenza e della custodia, e quello amministrativo" che amplificano il problema del coordinamento tra attività molto differenti per logica ed obiettivi. Lo stesso autore rileva poi che altri studiosi hanno posto l'accento "sulla difficoltà di rapporto tra azione clinica e azione amministrativa [...] e quindi sulla situazione di «dualità di controllo» delle attività che ne deriva".

Per quanto riguarda le strutture ospedaliere, Porter (1987) distingue le attività primarie, che sono quelle di natura clinico – assistenziale, da quelle di supporto, che sono quelle amministrativo – gestionali, e alberghiere.

È evidente la compresenza di finalità lavorative differenti che però richiedono di essere integrate dal momento che le prime necessitano del supporto delle seconde per poter sussistere.

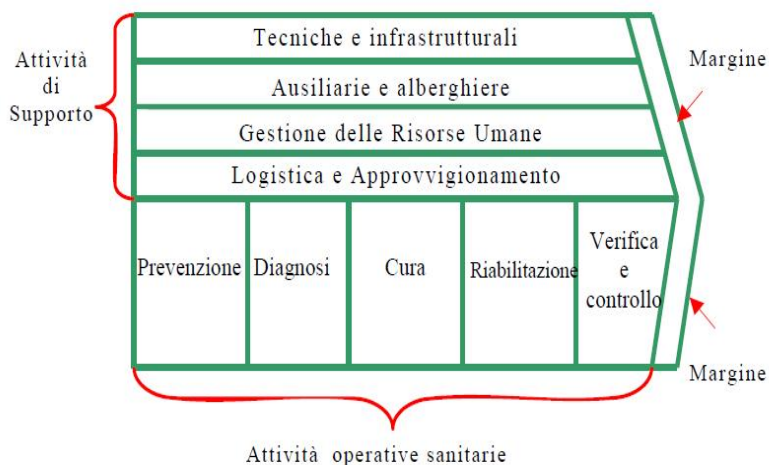


Fig. 5 La catena del valore di una struttura sanitaria elaborata da M. Franco (2005)

Da un punto di vista normativo, l'assetto organizzativo delle organizzazioni sanitarie è rinvenibile nel D.lgs 502/92.

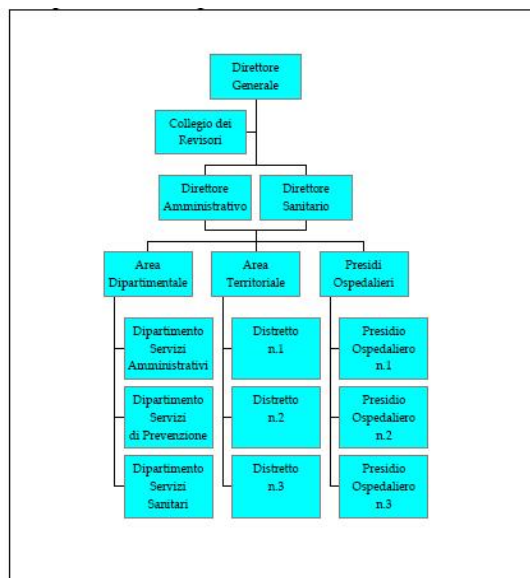


Fig. 1 - L'organigramma di un'Azienda Sanitaria Locale

Gli organi dell'Azienda Sanitaria sono il Direttore Generale, organo monocratico dell'azienda, nominato fiduciariamente dall'amministrazione Regionale (rappresentata nella figura del Presidente) in presenza di obiettivi requisiti di professionalità, ed il Collegio Sindacale, che ha poteri di ispezione, controllo e vigilanza, sia di tipo economico che riguardo l'osservanza della legge.

Il Direttore Generale, in particolare, coerentemente al modello di management privato, ha la responsabilità complessiva della gestione, di cui detiene tutti i poteri, deve assicurare l'equilibrio economico dell'azienda cui è preposto ed è sottoposto al principio della responsabilità mediante l'istituto della valutazione. Nelle sue attività di direzione è coadiuvato, per ciò che concerne i servizi di organizzazione, amministrazione e contabilità dal Direttore Amministrativo, mentre per ciò che riguarda le attività medico – sanitarie e paramediche si avvale della collaborazione del Direttore Sanitario.

Il Direttore Sanitario deve essere per obbligo legislativo un medico, mentre il Direttore Amministrativo deve essere un laureato in discipline giuridiche – economiche; il Direttore Generale può essere sia un medico, che un economista o un giurista.

Il Direttore Sanitario, dirige, indirizza e coordina l'azione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, oltre che l'azione dei Dipartimenti sanitari¹⁶.

Il Direttore Amministrativo, con la propria struttura articolata in servizi, ha il compito di supportare il Direttore Generale nella gestione amministrativa, finanziaria ed organizzativa, e ha la responsabilità di tutti i servizi amministrativi, contabili, di gestione del personale.

Inoltre, per il governo delle attività cliniche e per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, il Direttore Generale si avvale della collaborazione del Collegio di Direzione. Tale collegio, in particolare, concorre a formulare i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per attuare l'attività libero-professionale intramuraria, nonché a valutare i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

La composizione e l'attività del Collegio di Direzione sono disciplinati dalla Regione. E' comunque previsto che ne facciano parte il Direttore Sanitario e quello Amministrativo, i Direttori di Distretto, di Dipartimento e di Presidio.

Nel riformato contesto in cui operano le aziende sanitarie, il quale prevede ampi margini di autonomia a disposizione del management, si pone con maggiore vigore il quesito di fondo di come far coesistere l'autonomia organizzativa di tali strutture con la logica istituzionale che, come già sottolineato, limita attraverso le regole l'insieme delle alternative di comportamento e i gradi di libertà decisionale del management nello svolgimento delle attività gestionali.

Proprio in virtù di tali aspetti, risulta interessante analizzare una delle più rilevanti innovazioni volute dal legislatore in termini di riassetto organizzativo delle aziende sanitarie: la previsione dei Dipartimenti, quali strumenti di accentramento di gruppi, di attività omogenee culturalmente e organizzativamente aventi un fine comune.

Il Dipartimento costituisce un'efficace modello applicativo dei principi precedentemente esposti, ma anche un modo diverso di concepire amministrare e gestire il servizio sanitario rispetto all'impostazione di stampo tradizionale, con un differente orientamento teso al potenziamento della collaborazione, dell'integrazione delle competenze e delle responsabilità, della valorizzazione e del coinvolgimento delle professionalità, dell'uso comune delle risorse umane, economiche e strumentali verso fini e programmi comuni.

¹⁶ Damiani G., Ricciardi W., Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria, Idealsan – Gnocchi, Napoli, 2010, p. 45.

Il Dipartimento si compone di Unità Operative (UO) interdipendenti che perseguono comuni finalità, mantenendo la propria autonomia clinico – professionale, all'interno di un comune modello gestionale ed organizzativo. Questo al fine di rendere fluidi i percorsi diagnostico-terapeutici in modo da fornire una risposta unica, rapida, e completa alla richiesta di prestazioni loro rivolta dagli utenti.

Le regioni in armonia con la legislazione nazionale hanno definito che rientra nell'autonomia organizzativa delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali, individuare quali delle discipline che afferiscono al Dipartimento debbano essere costituite in Unità Operativa o in Moduli Funzionali di Unità Operativa¹⁷.

Nell'attuale dibattito relativo all'organizzazione interna delle strutture sanitarie il modello dipartimentale ha assunto una posizione centrale.

La letteratura scientifica considera tale struttura organizzativa quella maggiormente efficiente per la maggior parte dei problemi di efficienza e qualità dell'attività clinica ed assistenziale.

Ciò è confermato da diverse esperienze internazionali: ad esempio in Svezia è stata prevista la riorganizzazione delle strutture ospedaliere in dipartimenti al fine di attuare il cambiamento organizzativo nel settore sanitario¹⁸.

L'attenzione al Dipartimento nasce dall'osservazione dei limiti dell'organizzazione ospedaliera tipica (di tipo funzionale) basata sulla creazione di unità operative e di servizi diagnostici che fanno riferimento a singole discipline. Il modello funzionale è apparso sempre meno adatto alle esigenze della medicina moderna in cui, l'elevata specializzazione delle competenze, comporta un peso economico troppo alto a causa dei costi determinati dall'esigenza di garantire un servizio sanitario integrato in grado di soddisfare pienamente il complesso bisogno di salute dei cittadini.

Così come previsto dalle linee guida dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), il Dipartimento deve essere costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che concorrono al raggiungimento di finalità comune e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale¹⁹.

Riguardo alla progettazione ed alla classificazione degli assetti dipartimentali, l'attenzione va posta anche sulla natura, funzionale o strutturale, che i Dipartimenti possono assumere, nonché sul tipo di potere o assetto di governo, forte o debole, ad essi delegato²⁰.

¹⁷ Franco M., Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento, in Capasso A., Pascarella G., La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento, Franco Angeli, Milano, 2005, p.26.

¹⁸ Tomas Ericson e Leif Melin scrivono: "Molti ospedali svedesi stanno subendo cambiamenti fondamentali (...) Un'idea generale dietro questo cambiamento è che la responsabilità e l'autorità per prendere certe decisioni strategiche dovessero essere decentralizzate dai ranghi più alti del management dell'ospedale ad un nuovo livello gerarchico: il dipartimento". Ericson T., Melin L., 1999, "Cambiamento strategico nelle organizzazioni ospedaliere.", Mecosan, n°31.

¹⁹ A.S.S.R - Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 1997, "Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale" in "Progettare per la sanità", n°37 gennaio/febbraio 1997.

²⁰ Il Dipartimento *funzionale* non prevede la condivisione fisica degli spazi e delle risorse per le unità in esso raggruppate, caratteristica che contraddistingue, invece, il Dipartimento *strutturale*.

La contiguità spaziale delle unità accorpate, che si verifica nel Dipartimento *strutturale*, comporta certamente, un impatto maggiore sull'organizzazione, in quanto consente di gestire in comune tutte le risorse, da quelle umane, a quelle strumentali a quelle strutturali (particolarmente rilevante diviene la gestione in comune dei posti letto, delle sale d'attesa e degli spazi comuni per i pazienti).

Per quel che riguarda l'assetto di governo si parla, in generale, di Dipartimento *forte*, quando lo stesso gestisce gerarchicamente i fattori produttivi di cui dispone ed è quindi caratterizzato da precise responsabilità economiche a cui si collegano poteri e capacità di intervento sulle singole Unità Operative di cui si compone. Il Dipartimento, invece, è caratterizzato da un assetto di governo *debole*

Adoperare strutture dipartimentali comporta che venga ridisegnato l'assetto organizzativo sanitario, in maniera tale da accorpare le unità che rispondono a specializzazioni complementari o strettamente interrelate e ottenere una condivisione delle risorse umane, fisiche e di know-how professionale al fine di:

- ottimizzare il servizio all'utente;
- minimizzare i costi attraverso la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse;
- incoraggiare la sperimentazione e la ricerca clinica (attività che richiede un approccio multidisciplinare a partire da una base comune di conoscenze);
- evitare la frammentazione degli interlocutori per la direzione aziendale;
- porre rimedio alle carenze logistiche nella distribuzione degli spazi e delle attrezzature;
- arrestare la iper-specializzazione disciplinare.

La suddivisione di una organizzazione per dipartimenti pone come aspetto fondamentale e preliminare, seguendo un approccio di progettazione organizzativa “bottom-up”, la messa a punto di criteri di aggregazione delle attività in moduli funzionali, unità operative e dipartimenti cui consegue la successiva articolazione complessiva di una struttura sanitaria.

Da un punto di vista strettamente organizzativo, il Dipartimento rappresenta quindi una soluzione organizzativa di integrazione e di coordinamento che si basa sul criterio delle interdipendenze²¹.

Le Unità Operative costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e professionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati e, a tal fine, adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, medico- legale ed economico²².

Infine, occorre evidenziare un'ultima questione, ritenuta da molti la più spinosa, in tema di progettazione dell'assetto organizzativo dipartimentale: quella della definizione dei livelli decisionali all'interno dei dipartimenti e dei relativi ruoli. Per quel che riguarda le tematiche gestionali ed organizzative, due sono i livelli decisionali previsti: il Direttore di Dipartimento, che ha prevalentemente un potere esecutivo e il Comitato di Dipartimento che risulta, invece, essere l'organo deliberante.

In conclusione, prescindendo dalle limitazioni previste dalla normativa sulle modalità di strutturazione dei Dipartimenti, ciò che risulta prioritario, sia nei Dipartimenti strutturali che funzionali, siano essi forti o

quando funge unicamente da momento di coordinamento trasversale dell'attività liberamente programmata e gestita dalle singole unità, dove quindi le responsabilità economiche, come osserva Del Vecchio (2000), divengono “più sfocate e i poteri di intervento spesso si limitano alle sole risorse esplicitamente messe in comune a livello dipartimentale”.

²¹ Thompson definisce tre tipi di interdipendenza secondo un ordine di complessità crescente:

- generica, che si ha quando due unità organizzative condividono le risorse umane, finanziarie, tecnologiche e di spazio;
- sequenziale, che si ha quando tra le unità, oltre alla condivisione di risorse, vi è un flusso di lavoro unidirezionale;
- reciproca, che si ha quando il flusso di lavoro è bidirezionale.

²² Con riferimento alle modalità di aggregazione delle unità nei dipartimenti (Zanetti, 1994; Bissoni, 1996; Lega, 1999), diversi sono i criteri che si possono seguire e, in particolare:

- per intensità e gradualità delle cure;
- per fasce di età;
- per settori nosologici;
- per grandi aree specialistiche;
- per organo od apparato;
- aggregazione fondata sul momento dell'intervento;
- aggregazione di ogni altro tipo: dipartimenti che collegano strutture affini ed anche diverse dell'ospedale purché finalizzate ad obiettivi comuni (“residuali” - dip. di diagnostica per immagine, dip. di medicina di laboratorio ed anatomia patologica; e “trasmurali”, di raccordo tra ospedali e territorio - dip. di emergenza e accettazione).

deboli, è la previsione di una figura di Direttore di Dipartimento dotata di ampi margini di libertà nella gestione del budget assegnato e di ampi spazi di autonomia organizzativa, cui vanno associate le relative responsabilità economiche ed organizzative (Catananti et altri, 1996).

L'articolazione del sistema sanitario nazionale e regionale

“La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto”.

Le riforme intervenute negli ultimi anni nel sistema sanitario non hanno intaccato la finalità istituzionale dello stesso, quali: la centralità della persona, l'universalità del servizio, l'equità nell'accesso all'assistenza, la responsabilità pubblica in materia di tutela della salute ed il conseguente finanziamento pubblico del settore sanitario. Ciò che è stata oggetto di modificazione è l'articolazione del sistema sanitario nazionale e regionale.

La pluralità dei livelli di intervento normativo, il carattere flessibile e sperimentale delle soluzioni possibili e l'autonomia dei soggetti coinvolti contribuiscono a rendere complesso il processo attuativo del riordino in materia sanitaria e mostrano come evidente il bisogno di governare il processo al fine di assicurare la coerenza dei passi attuativi rispetto ai principi ed ai vincoli generali. Ad oggi i soggetti preposti al governo e al monitoraggio del sistema sanitario sono l'amministrazione centrale e le Regioni²³.

Alle Regioni sono attribuite le funzioni di programmazione, organizzazione, finanziamento e controllo per soddisfare le specifiche esigenze della popolazione locale, nel rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, che sono definiti a livello statale e debbono essere assicurati su tutto il territorio nazionale.

Attori chiave sono le aziende/Unità Sanitarie Locali (ora ASL, in passato USL), che, come già ricordato, attraverso il processo di aziendalizzazione vengono dotate di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale²⁴ di diritto privato.

²³ D'Adamo A., La formazione manageriale: il motore dello sviluppo in sanità, Aracne Editrice, Roma, 2011, p. 85.

²⁴ L'Atto aziendale è lo strumento che disciplina, nel rispetto della normativa vigente e della pianificazione regionale e locale, l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, i compiti ed i livelli di responsabilità dei suoi dirigenti, nonché le correlazioni fra le strutture stesse.

Nell'ambito del processo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, confluito nel D.Lgs. 229/1999, viene assegnata alle Regioni la responsabilità totale della programmazione e del governo della sanità, ma si promuove anche il recupero del ruolo dei Comuni, i quali avevano assistito ad un netto ridimensionamento del proprio ruolo rispetto alla gestione delle attività del SSN ad opera del D.Lgs. 502/1992, che ne confinava l'intervento alla sola definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, senza alcun potere e responsabilità nell'amministrazione. Ora alle autonomie locali vengono, invece, attribuiti significativi spazi di intervento non finalizzati alla gestione diretta del servizio, ma funzionali alla formulazione di strategie assistenziali adeguate ai bisogni della popolazione²⁵.

Ai Comuni, oltre alla programmazione sanitaria e sociosanitaria, sono attribuite: la partecipazione ai procedimenti di valutazione delle aziende USL ed ospedaliere, l'erogazione di livelli aggiuntivi di assistenza e l'integrazione sociosanitaria.

Il tentativo di recuperare spazi di intervento a favore dei Comuni non mette in discussione la regionalizzazione del sistema abbinata all'aziendalizzazione delle strutture, ma si mostra animato dall'esigenza di garantire ai cittadini poteri di indirizzo e di controllo sulla gestione di un servizio cruciale, che non poteva non operare in costante e stretto raccordo.

In virtù dell'evoluzione storico – giuridica descritta nel paragrafo precedente, ad ogni USL è stata attribuita la denominazione di azienda. Distinte in ASL (azienda sanitaria locale) e AO (azienda sanitaria ospedaliera), esse continuano ad essere strutture pubbliche, ma risultano organizzate secondo un modello aziendale, con meccanismi di flessibilità, autonomia imprenditoriale e responsabilità diretta della dirigenza²⁶.

Rientrano tra i compiti delle ASL: assicurare i livelli essenziali di assistenza specialistica, compresi quelli riabilitativi, di diagnostica strumentale e di laboratorio; programmare le attività in base ai bisogni sanitari della zona; verificare e promuovere la qualità dei servizi erogati. A livello territoriale le ASL sono organizzate in distretti sanitari, dipartimenti di prevenzione e presidi ospedalieri.

I distretti sanitari costituiscono strutture spesso coincidenti con i territori delle precedenti USL. I campi di assistenza e di competenza di un distretto, alla guida del quale viene posto un direttore, riguardano: l'assistenza specialistica ambulatoriale; le attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, per le patologie da HIV, per quelle in fase terminale e per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; le attività o servizi rivolti a disabili e anziani; le

²⁵ D'Adamo A., La formazione manageriale: il motore dello sviluppo in sanità, Aracne Editrice, Roma, 2011, p. 25.

²⁶ Della dirigenza sanitaria si è occupato l'art. 4 del d.l.13-9-2012, n. 158 (cd. decreto Balduzzi), conv. In l 189/2012, secondo il quale la nomina dei Direttori generali avviene ad opera della Regione che attinge obbligatoriamente dall'elenco regionale degli idonei. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. il decreto Balduzzi ha inoltre introdotto nuove misure volte ad implementare la trasparenza nelle nomine e nella valutazione dei direttori generali.

attività o servizi di assistenza domiciliare integrata. Inoltre, nell'ambito del distretto vengono coordinati i dipartimenti di salute mentale e di prevenzione.

I dipartimenti di prevenzione sono strutture operative dell'ASL con funzione di prevenzione collettiva e sanità pubblica, al fine di ridurre l'insorgenza di eventi morbosi ed eliminare i fattori di rischio.

I presidi ospedalieri non costituiti in azienda autonoma godono appunto di scarsa autonomia e dipendono dalla ASL di appartenenza, a differenza di quanto avviene per le aziende ospedaliere, che invece sono dotate di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale.

Ad ogni Regione è inoltre attribuito il finanziamento delle strutture sanitarie tramite la divisione del Fondo sanitario regionale. Le Regioni possono anche auto – finanziarsi, nel caso in cui intendano erogare livelli di assistenza sanitaria superiori.

L'art. 2 del D.Lgs. 502/1992, dopo aver stabilito al comma 1 che *«Spettano alle Regioni e alle Province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera»*, precisa al comma 2 che *«Spettano in particolare alle Regioni la 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»*.

In altre parole, il ruolo delle Regioni consiste nel determinare per le ASL e per le aziende ospedaliere:

- i principi di organizzazione sanitaria;
- i criteri di finanziamento;
- le attività di supporto e promozione;
- i sistemi di controllo di gestione e valutazione.

Alle Regioni compete, altresì, stabilire i rapporti con le Università mediante la stipula di protocolli d'intesa e la modificazione del finanziamento e del riparto del Servizio sanitario nazionale;

Inoltre le Regioni devono dare attuazione in sede locale al Piano Sanitario Nazionale (PSN) adottando un apposito Piano sanitario regionale (PSR) e disponendo di leggi proprie conformi alla necessità di:

- a) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio;
- b) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;

c) assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

Il PSR deve essere predisposto tenendo conto degli obiettivi del PSN. A tal fine le Regioni inviano un apposito progetto (che è di competenza della Giunta regionale) al Ministero della salute, per acquisirne il parere. La finalità del PSR è quella di stabilire le linee di azione del PSN in ordine al raggiungimento degli obiettivi fissati nell'arco di tre anni (corrispondenti alla durata del PSN).

Infine, è importante in questa sede, accennare alla funzione innovativa garantita proprio dall'aziendalizzazione del sistema ad una parte dello stesso che presenta delle peculiarità in ordine alle funzioni di integrazione e organizzative: il distretto socio sanitario²⁷.

Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'organizzazione sanitaria dove vengono date risposte in modo unitario e globale alla domanda di salute e costituisce punto di riferimento socio-sanitario.

Al Distretto Socio Sanitario è affidata la gestione delle strutture e dei servizi sanitari ubicati nel territorio di competenza.

Lo stesso assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Le funzioni strategiche del Distretto sono:

- l'analisi della domanda ed il governo dell'offerta sanitaria di sviluppo del benessere sanitario e socio sanitario con particolare riguardo alla prevenzione, alla tutela della salute mentale, alla prevenzione e cura delle dipendenze patologiche, alla tutela delle categorie deboli;
- il coordinamento, la gestione e l'ottimizzazione delle risorse assegnate nell'ottica del raggiungimento di un sempre più elevato grado di efficienza.

A tale proposito, nell'ambito del Distretto vanno perseguiti obiettivi di:

²⁷ Il Distretto socio-sanitario è l'articolazione dell'ASL finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione. L'integrazione si intende riferita anche agli ambiti istituzionali (es. Comuni), agli ambiti professionali (es. team multiprofessionali) e tra le dimensioni sociale e sanitario con particolare riferimento alle aree ad elevata integrazione quali: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

Nel dettaglio afferiscono al livello distrettuale le seguenti attività:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- cure palliative;
- assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell'infanzia e della famiglia, compresi la mediazione, l'affido e l'adozione;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale;
- assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, delle dipendenze, della salute mentale e dell'età evolutiva;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- riabilitazione;
- assistenza protesica;
- assistenza penitenziaria;
- azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute.

- efficienza economica, intesa quale rapporto favorevole tra prestazioni e servizi resi e risorse impiegate;
- efficienza allocativa, intesa quale destinazione delle risorse in precise aree di intervento inserite organicamente nel Programma delle attività territoriali;
- efficienza organizzativa, intesa quale funzionamento ottimale della struttura e delle sue articolazioni interne con particolare riguardo al momento dell'approccio con l'utente.

L'accoglienza, l'informazione e l'orientamento delle istanze costituiscono un momento importante che dà reale visibilità al principio della centralità del cittadino nel contesto del Sistema sanitario regionale.

Sul piano gestionale sono attribuite al Distretto le seguenti funzioni:

- il coordinamento delle attività relative all'assistenza primaria ivi compresa la continuità assistenziale;
- le azioni di integrazione assistenziale tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi territoriali e strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'assistenza domiciliare programmata, l'assistenza domiciliare integrata;
- le attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale;
- le attività ad elevata integrazione socio-sanitaria.

In particolare, l'integrazione tra le professioni è la condizione operativa necessaria per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno.

Il Distretto riveste un ruolo centrale nel coordinamento e nell'integrazione di tutte le attività assistenziali sanitarie di carattere extraospedaliero e realizza l'integrazione dei servizi e delle risorse presenti in ambito distrettuale, assicurando la continuità delle cure e l'integrazione dei servizi distrettuali con quelli sociali dei Comuni.

Agli organi del Distretto, dotati di autonomia tecnico – gestionale ed economico – finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, compete la predisposizione del Programma delle attività territoriali, tenuto conto delle risorse attribuite in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Il programma delle attività territoriali viene proposto nel rispetto delle indicazioni regionali e approvato previo parere del Comitato dei sindaci di distretto²⁸.

²⁸ Il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3 - quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività.

In particolare, il citato art. 3 - quater del decreto D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del distretto, relativa al Programma delle attività territoriali – distrettuali.

Il coinvolgimento dei Comuni nella formazione del Programma delle attività territoriali rappresenta momento fondamentale e qualificante del reintegro delle autonomie locali nel sistema sanitario, sia finalizzato ad una programmazione partecipata, sia finalizzato alla gestione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Le azioni per qualificare l'assistenza distrettuale si sostanziano nella presa in carico del cittadino-utente e si esprimono attraverso la garanzia:

- * di una migliore accessibilità alle prestazioni ed ai servizi;
- * di una migliore accoglienza della domanda e suo indirizzo;
- * della valutazione integrata del bisogno assistenziale;
- * della predisposizione e gestione di progetti personalizzati di assistenza;
- * della continuità assistenziale coordinata con l'offerta degli erogatori pubblici e privati accreditati;
- * della qualificazione delle cure domiciliari;
- * del pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale.

Particolare rilevanza, in relazione alle scelte di politica sanitaria regionale, rivestono l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza domiciliare, l'assistenza specialistica con particolare riferimento alla riabilitazione, l'assistenza residenziale e semiresidenziale e l'assistenza farmaceutica.

La Regione, già nel corso del primo anno di validità del piano, onde assicurare la presenza nel SSR di livelli di professionalità funzionali al rinnovato ruolo delle strutture territoriali (che divengono garanti anche dell'appropriatezza diagnostico – terapeutica ed economica delle prestazioni erogate), avvia specifici percorsi formativi per i dirigenti sanitari.

La formazione manageriale: il motore dello sviluppo in sanità

Il tema della formazione in Sanità ha origini e tradizioni molto antiche, tanto da ritenere che la formazione sia nata in medicina con la scuola di Ippocrate a Kos nel V secolo a. C. per la diffusione delle conoscenze dell'epoca per la cura dei malati. Tali nozioni, sono, poi, state racchiuse all'interno di 60 trattati riuniti nel "Corpus Hippocraticum", in cui ha trovato luogo anche il famoso giuramento d'Ippocrate, che rappresenta ancora oggi un punto di riferimento per i laureati in medicina e molti operatori della sanità²⁹.

Oggetto della formazione in Sanità, almeno fino agli anni 50, è stato, esclusivamente, il trasferimento di buone pratiche tecnico – specialistiche delle varie discipline scientifiche.

²⁹ Rotondi M., Per l'individuo o per l'azienda? Tendenze per una formazione di qualità in Sanità, FOR, Rivista per la formazione, n.61,2004.

Le metodologie didattiche utilizzate per tali contenuti formativi tecnico professionali, sono state molto efficaci e innovative per l'epoca: sperimentazioni, discussioni di gruppo, modellizzazioni, simulazioni, case study, comunità di confronto, problem solving di gruppo, percorsi multidisciplinari di tirocinio.

Negli anni Novanta, il percorso di aziendalizzazione della sanità ha portato alla diffusione e, anche se non completamente, al consolidamento degli strumenti di gestione aziendale indispensabili al concreto dispiegamento del concetto stesso di aziendalizzazione. Tra gli strumenti propri dell'aziendalizzazione, immediatamente si è potati a pensare al budget, o al sistema di controllo di gestione, o alla creazione di ruoli di direzione ma, accanto a questi, si deve annoverare anche la formazione e l'adeguamento delle competenze delle persone, importanti per supportare il percorso di cambiamento che le aziende sanitarie sono volte ad intraprendere. Tutti i gruppi professionali presenti entro le aziende sanitarie o ospedaliere hanno, ovviamente, 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.

Pertanto, al fine di implementare le disposizioni normative previste dai decreti legislativi che hanno dato l'avvio al processo di aziendalizzazione, la formazione manageriale è divenuta necessaria, proprio in virtù del fatto che è cambiata, tanto la natura giuridica, quanto la struttura organizzativa del sistema sanitario nazionale.

La formazione manageriale ha assunto, infatti, il ruolo di leva strategica per guidare il cambiamento e per facilitare i processi di governo manageriale.

La letteratura sul tema, ha inoltre, dimostrato come la stessa è riuscita ad influire su:

- motivazione e preparazione degli operatori;
- miglioramento dei processi organizzativi e produttivi (protocolli);
- trasparenza dei servizi erogati (carte dei servizi);
- ascolto, comunicazione e soddisfazione degli utenti.

Nonostante tali aspetti positivi sono state evidenziati anche alcuni aspetti di criticità, quali:

- il pericolo di porre un accento eccessivo sull'aspetto di normalizzazione (la qualità di carta);
- la difficoltà di estendere sistematicamente a tutto il territorio aziendale il successo e l'interesse iniziale ottenuto con alcuni progetti pilota (le torri d'eccellenza e i baratri);
- il mancato collegamento sistematico con un sistema premiante e la tenuta nel tempo dell'impegno iniziale (decadimento dei risultati);

- la non congruenza delle altre leve gestionali e la non concentrazione degli impegni di tutti su pochi e chiari obiettivi strategici aziendali (dispersione delle spinte)³⁰.

Per quanto concerne l'aspetto normativo, la formazione manageriale è stata prevista, per la prima volta, dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484: *“Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”*², entrato in vigore il 31 gennaio 1998.

Quest'ultimo trova il suo fondamento nell'art. 2, comma 1-bis, del decreto-legge 18 novembre 1996, n. 583, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 gennaio 1997, n. 4, che ha demandato ad uno o più regolamenti la determinazione dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale dei ruoli sanitari. Il decreto in esame è tuttora vigente, ad eccezione delle disposizioni che risultano essere superate dalla normativa successiva. Disciplinando la formazione manageriale, il decreto si rivolge a due tipologie di personale dei ruoli sanitari:

- a) i medici che possono ottenere l'incarico di direzione sanitaria aziendale (art. 1);
- b) gli appartenenti ai ruoli sanitari, cioè i componenti di otto categorie professionali sanitarie (indicate dall'art. 3: medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) che possono accedere al secondo livello dirigenziale (dirigenti di struttura complessa previsti dall'art. 5).

Le strutture interessate sono le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli Istituti ed Enti di cui all'art. 4, commi 12 e 13, del decreto legislativo n. 502/1992 e gli Istituti zooprofilattici sperimentali.

Le suddette due tipologie di personale, per ottenere gli incarichi dirigenziali (rispettivamente di direzione sanitaria aziendale e di secondo livello dirigenziale), non solo debbono soddisfare specifici requisiti (secondo quanto stabilito dagli artt. 1 e 3), ma devono anche conseguire un attestato di formazione manageriale, frequentando e superando appositi corsi, i cui contenuti didattici sono costituiti principalmente da quattro aree tematiche:

- 1) organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- 2) indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni,
- 3) gestione delle risorse umane e organizzazione del lavoro,
- 4) criteri di finanziamento e bilanci.

La formazione manageriale dei direttori generali delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere è stata, successivamente, disciplinata nella legge 30 novembre 1998, n. 419, che ha

³⁰ Rotondi M., 2001, “Formazione carta vincente. La competenza dei vertici ASL è l'asso per conquistare più efficienza”, *Sanità & Management*, n. 12, Il Sole 24 Ore, Milano

delegato il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi, contenenti le disposizioni modificative e integrative del decreto legislativo n. 502/1992³¹. In particolare, l'art. 2, comma 1, lettera u), ha previsto, tra i principi ed i criteri direttivi cui deve attenersi il Governo nell'esercizio della delega, la ridefinizione dei requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, prevedendo anche la certificazione della frequenza di un corso regionale di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, di durata non superiore a sei mesi, secondo modalità dettate dal Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (d'ora in poi abbreviata in "Conferenza Stato Regioni").

In attuazione della legge delega è stato emanato il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che ha modificato radicalmente il D. lgs. 502/1992 e ha normato il contenuto della formazione manageriale, relativa non soltanto ai direttori generali e ai direttori sanitari, ma a tutti i dirigenti sanitari delle strutture sanitarie; inoltre ha previsto che le Regioni possano estendere l'obbligo di siffatta formazione ai direttori amministrativi.

Dopo il decreto legislativo n. 229/1999, altri decreti legislativi hanno continuato a modificare il decreto n. 502/1992, senza toccare però la formazione manageriale.

Sull'argomento sono invece intervenuti, con disposizioni molto dettagliate, il decreto del Ministro della salute 1 agosto 2000, per quanto riguarda i direttori generali, e l'accordo della Conferenza Stato Regioni del 10 luglio 2003, per quanto riguarda i dirigenti sanitari delle strutture complesse.

Per quanto concerne la formazione del personale del Servizio sanitario nazionale, il testo attualmente vigente del D.lgs. 502/1992 contiene parecchie disposizioni; tralasciando quelle del tutto marginali, vanno segnalate le seguenti:

- a) il Piano sanitario nazionale indica, tra gli obiettivi, le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane (art. 1, comma 10, lettera g);
- b) corsi di diploma universitario per la formazione interdisciplinare di figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria (art. 3, comma 4);
- c) corsi a cura delle Regioni per le figure professionali operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria (art. 3, comma 5);
- d) formazione degli specializzandi (art. 6, comma 2);
- e) formazione per l'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, da realizzare mediante specifici protocolli di intesa tra Università, Regioni, Aziende ospedaliere, Unità sanitarie locali e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico (art. 6, comma 2);

³¹ D'Adamo A., La formazione manageriale, il motore dello sviluppo in sanità, Aracnè Editrice, Roma, 2011, p.16.

- f) formazione specialistica nelle scuole di specializzazione attivate presso le strutture sanitarie e istituzione di corsi di specializzazione presso i presidi ospedalieri delle Aziende sanitarie locali (sempre l'art. 6, comma 2, e anche l'art. 16);
- g) formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione, da svolgere in sede ospedaliera (art. 6, comma 3);
- h) programmi di formazione per la collaborazione dei farmacisti alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, nonché a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche (art. 8, comma 2, lettera b-bis, n. 2);
- i) programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica e alle attività di controllo (art. 8-octies, comma 3, lettera d);
- l) formazione e aggiornamento, ad iniziativa di Regioni, Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere, del personale a contatto con il pubblico, sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini (art. 14, comma 8);
- m) formazione medica (art. 16);
- n) formazione continua (art. 16-bis), che comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

Per i direttori generali, la disposizione fondamentale è contenuta nell'art. 3-bis, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992 laddove è previsto che: *“I direttori generali devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza di uno dei corsi di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.*

I corsi sono organizzati ed attivati, con periodicità almeno biennale, dalle Regioni, anche in ambito interregionale ed in collaborazione con le Università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'art. 16-ter (dello stesso decreto n. 502/1992), operanti nel campo della formazione manageriale.

I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a 120 ore, da concludere in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, con decreto del Ministro della Salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato Regioni”.

In tema di formazione manageriale dei direttori amministrativi, è molto più flessibile il comma 9 del medesimo art. 3-bis: tutto dipende dalle singole Regioni che possono subordinare il conferimento dell'incarico alla frequenza del corso di formazione programmato per i direttori generali oppure del corso per i dirigenti sanitari di struttura complessa, oppure di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

Mentre il decreto legislativo n. 502/1992 ha stabilito che i direttori generali devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione (art. 3-bis, comma 4) e i dirigenti sanitari di struttura complessa debbono conseguire l'attestato di formazione entro un anno dall'inizio dell'incarico (art. 15, comma 8), non viene fissato alcun termine per i direttori amministrativi.

Non è chiara la ragione della diversità dei termini per conseguire la formazione: diciotto mesi per i direttori generali, un anno per i dirigenti delle strutture complesse (e anche per i direttori sanitari). Probabilmente essa è dovuta al fatto che i corsi per direttori generali hanno una durata maggiore degli altri.

La disciplina specifica dei corsi di formazione per i direttori generali relativamente ai contenuti, alla metodologia didattica, alla durata, alle modalità di conseguimento della certificazione, è rintracciabile nel decreto del Ministro della Sanità 1 agosto 2000 *"Disciplina dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie"*.

Sul testo del decreto ministeriale, come previsto dall'art. 3-bis del decreto legislativo n. 502/1992, è stata acquisita l'intesa con la Conferenza permanente Stato Regioni, nella seduta del 29 marzo 2000. All'interno dello stesso è previsto che: *"I corsi sono attivati ed organizzati, almeno ogni due anni, dalle Regioni, anche in ambito interregionale."*

Per la effettiva realizzazione, le Regioni possono avvalersi della collaborazione delle Università o di altri soggetti pubblici o privati, operanti nel campo nella formazione manageriale, accreditati ai sensi dell'art. 16-ter del decreto legislativo n. 502/1992.

La durata dei corsi non può essere inferiore a 120 ore ed è necessario che sia programmata in un periodo non superiore a sei mesi.

I corsi hanno lo scopo di fornire gli strumenti e le 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.

Le aree tematiche fondamentali sono: la sanità pubblica, l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, la gestione economico – finanziaria, le risorse umane e organizzazione del lavoro, articolate principalmente secondo le indicazioni contenute nell'allegato al decreto stesso. Le Regioni possono organizzare i corsi, prevedendo ulteriori contenuti di tipo teorico, pratico od operativo, ritenuti necessari in rapporto alle particolari situazioni sanitarie, sociali ed ambientali locali".

Occorre notare che le aree tematiche fondamentali sono pressoché identiche a quelle per direttori sanitari e dirigenti delle strutture complesse.

L'attività didattica deve essere di tipo teorico, pratico e seminariale, impiegando una metodologia di tipo prevalentemente attivo, privilegiando tecniche di formazione che prevedano il lavoro di gruppi, analisi di esperienze particolarmente significative, sviluppo di progetti applicativi.

E' possibile l'utilizzazione di sistemi di formazione a distanza che, però, non possono superare il cinquanta per cento delle ore di durata del corso.

Al termine del periodo di formazione, viene rilasciata ai corsisti che abbiano seguito il numero totale delle ore previste una certificazione di frequenza, comprovante il grado di acquisizione degli strumenti e delle tecniche propri del processo manageriale.

La certificazione di frequenza è rilasciata dalla Regione sulla base delle attestazioni dei responsabili degli enti e delle strutture che hanno tenuto i corsi. I legali rappresentanti di questi enti e strutture, immediatamente dopo lo svolgimento del colloquio finale, trasmettono, per ciascun candidato, alla Regione, l'attestazione del grado di proficua acquisizione degli strumenti e delle tecniche del processo manageriale e una dichiarazione sui giorni di effettiva frequenza³².

Per quanto riguarda la formazione manageriale dei direttori sanitari e dei dirigenti sanitari delle strutture complesse, sono indispensabili alcuni chiarimenti preliminari connessi alle disposizioni del decreto legislativo n. 502/1992, relativamente:

- le nuove denominazioni dei dirigenti del ruolo sanitario: ai sensi dell'art. 15-terdecies, in relazione alla categoria professionale e alla struttura di appartenenza, nonché all'attività svolta, questi dirigenti assumono la denominazione di direttori se sono responsabili di struttura complessa; assumono, invece, la denominazione di responsabili se sono dirigenti di struttura semplice;
- all'individuazione delle strutture complesse: come disposto dall'art. 15 quinquies, comma 6, si considerano strutture complesse i dipartimenti e le unità operative individuate secondo i criteri di cui all'atto di indirizzo e coordinamento governativo previsto dall'art. 8-quater, comma 3. Fino all'emanazione di questo atto si considerano strutture complesse tutte le strutture già riservate dalla normativa precedente ai dirigenti di secondo livello dirigenziale. In termini più semplici, i dirigenti del secondo livello vanno ora definiti direttori di struttura complessa.

Invece le strutture semplici vanno intese come articolazioni interne di una struttura complessa (art. 15, comma 7-quater);

³² “Lo stato dell'arte della Formazione Manageriale in Sanità” ricerca realizzata dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) e da un gruppo di ricerca formato da diversi poli universitari e di formazione post universitaria affiancati da consulenti.

- la comprensione delle ragioni in base alle quali i dirigenti sanitari delle strutture complesse debbono frequentare e superare i corsi di formazione manageriale. La spiegazione sta in più disposizioni dell'art. 15: questi dirigenti devono attuare programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità (comma 3); gli strumenti per la verifica annuale del loro operato rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione del budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse (comma 5); i dirigenti in esame svolgono funzioni di direzione e organizzazione delle strutture complesse e adottano le decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio, sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite (comma 6).

In sintesi, come ricordato dalla parte introduttiva dell'accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003, i dirigenti sanitari delle strutture complesse, per l'esercizio delle funzioni di direzione di un servizio pubblico essenziale, come quello sanitario, sono chiamati a possedere adeguate conoscenze e competenze non soltanto di natura professionale ma anche organizzativa e gestionale in un contesto di risorse finite. Essi devono farsi carico del così detto "governo clinico" del servizio sanitario, inteso come sintesi di autonomia professionale e responsabilità gestionale, ovvero come sintonia tra il piano della gestione operativa di settore e quello della gestione strategica aziendale.

Chiariti i suddetti aspetti, si può ora esaminare la formazione manageriale dei direttori sanitari e dei dirigenti sanitari delle strutture complesse, disciplinata dal testo vigente del decreto n. 502/1992, dall'accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003, nonché dal D.P.R. n. 484/1997 nelle parti di esso che possono attualmente ritenersi ancora valide ed efficaci.

Ovviamente le principali disposizioni al riguardo sono contenute nell'art. 16-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992: la formazione manageriale costituisce un requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi di direttori sanitari e per la direzione delle strutture complesse da parte delle categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi.

Essa si consegue, dopo l'assunzione dell'incarico (su questo punto la disposizione normativa è chiara ma non soddisfacente: non si capisce perché la formazione manageriale non potrebbe essere conseguita prima dell'assunzione dell'incarico. Anche sotto il profilo dell'effettiva preparazione e dell'idoneità, risulta di gran lunga preferibile ed auspicabile una formazione conseguita prima del conferimento dell'incarico).

Il mancato superamento del primo corso, attivato dalla Regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso.

Devono frequentare e superare i corsi i dirigenti sanitari delle strutture complesse delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli Istituti zooprofilattici sperimentali, degli Istituti ed Enti di cui all'art. 4, commi 12 e 13, del decreto legislativo n. 502/1992, nonché il personale degli enti e strutture pubbliche indicate all'art. 11 del D.P.R. n. 484/1997, al quale sia stata estesa la disciplina sugli incarichi dirigenziali di struttura complessa di cui al decreto legislativo n. 502/1992. Per conseguire la formazione manageriale è necessario frequentare e superare, con le relative spese a carico dei partecipanti, appositi corsi organizzati ed attivati dalle Regioni, anche a livello interregionale. A tal fine le Regioni possono avvalersi delle Università e di soggetti pubblici e privati accreditati.

Il comma 2 dell'art. 16-quinquies stabilisce che le Regioni, previo accordo con il Ministero della sanità in sede di Conferenza Stato Regioni, organizzano ed attivano i corsi e, in questo modo, apre la strada all'accordo sulla formazione manageriale raggiunto nella Conferenza Stato Regioni del 10 luglio 2003.

L'accordo definisce le linee che permettono il riconoscimento reciproco delle attestazioni dei corsi manageriali seguiti dal personale sanitario e individua le condizioni che devono essere garantite affinché l'attestato sia riconosciuto valido.

Nei corsi deve essere riservata precedenza di iscrizione ai dirigenti sanitari in servizio presso le strutture sanitarie delle singole realtà.

Le Regioni organizzano, parallelamente ai suddetti corsi, iniziative di formazione continua su tematiche attinenti alla formazione manageriale, riservate ai dirigenti sanitari in possesso del certificato di formazione.

La durata dei corsi non deve essere inferiore a 100 ore di frequenza certificata. Le Regioni programmano corsi di durata superiore al fine di concedere un massimo di assenze fino al venti per cento delle attività globalmente programmate.

Una percentuale maggiore di assenze comporta l'esclusione dal colloquio finale. Nei casi di gravidanza, puerperio o malattia, il periodo di formazione può essere sospeso, fermo restando che l'intera sua durata non potrà essere ridotta e che il periodo di assenza dovrà essere recuperato nell'ambito di un altro corso.

I corsi sono riferiti prioritariamente a quattro aree tematiche:

- I) organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- II) indicatori di qualità dei servizi – sanità pubblica;
- III) gestione delle risorse umane;

IV) criteri di finanziamento ed elementi di bilancio e controllo.

L'allegato A al testo dell'accordo specifica i possibili contenuti delle quattro aree tematiche.

La metodologia didattica è di tipo prevalentemente attivo; le lezioni tradizionali (lezioni frontali) sono affiancate da strumenti quali analisi e discussione di casi didattici, *incident*, *role playing*, simulazioni e griglie di analisi, finalizzati a favorire, tramite la discussione in piccoli gruppi di lavoro, l'apprendimento dei contenuti oggetto del corso. Le discussioni guidate, gli *incident* e, più in generale, tutti gli strumenti didattici sono focalizzati specificamente sulle tematiche inerenti la gestione dell'ambito socio - sanitario.

Proprio allo scopo di garantire l'effettiva utilizzazione delle metodologie didattiche attive, viene fissato un limite al numero di partecipanti che non potrà essere superiore a 30 unità per ogni singola classe del corso.

Il corso si conclude con un colloquio finale, tramite anche la presentazione e discussione di un elaborato, davanti ad una apposita commissione costituita secondo modalità disciplinate dalla Regione, della stessa dovranno comunque far parte docenti del corso.

Il superamento dell'esame finale comporta il rilascio, in copia unica, da parte della Regione del certificato di formazione

Ciascuna Regione deve provvedere a costituire e mantenere un apposito albo pubblico, dove vengono iscritti i dirigenti sanitari cui è stato rilasciato il certificato di formazione manageriale.

I dirigenti sanitari che conseguono il certificato di formazione manageriale sono esclusi dall'obbligo di conseguire i crediti formativi dell'ECM di cui all'art. 16-quater del decreto legislativo n. 502/1992 nell'anno nel quale si conclude l'attività formativa.

L'accordo Stato Regioni prevede infine che la validità del certificato di formazione manageriale, una volta conseguito, resta ferma, ma il dirigente sanitario è comunque tenuto a partecipare con esito positivo ai corsi di formazione continua organizzati dalle Regioni nei trienni successivi alla data di conseguimento del certificato medesimo.

In questo modo è da ritenere abrogata per incompatibilità una disposizione poco assennata contenuta nel comma 1 dell'art. 7 del D.P.R. n. 484/1997, secondo cui l'attestato di formazione aveva un periodo di validità di sette anni dalla data del suo rilascio. Non era facile comprendere perché i dirigenti sanitari avrebbero dovuto tornare a svolgere un altro iter formativo dopo sette anni, quando il precedente corso aveva già fornito loro le necessarie conoscenze ed attitudini, arricchite e sviluppate in sette anni di esperienza pratica.

Ad oggi, le disposizioni normative riguardanti la formazione manageriale della dirigenza del Servizio sanitario nazionale sono state variamente applicate (o disapplicate) nelle diverse regioni,

ancorché in osservanza di principi generali. La variabilità sembra riguardare sia le modalità organizzative, sia i contenuti.

In questo quadro si è sviluppato il programma dell'ECM (Educazione Continua in Medicina) con la costituzione della Commissione ECM nel luglio del 2000, la sperimentazione nel 2001 e l'inizio della fase di regime nel 2002.

L'ECM ha avuto il pregio di aver riportato l'attenzione di tutti gli operatori della Sanità sull'importanza della formazione e sulla necessità di un aggiornamento continuo. Tante aziende e molti operatori hanno così scoperto i propri "bisogni" di formazione, anche se inizialmente erano più legati alla raccolta di crediti che ad una reale e sentita esigenza d'apprendimento.

A seguito della nascita di tali corsi di formazione sono improvvisamente nate tante società erogatrici di corsi ECM (molte delle quali oggi non esistono già più). I meriti dell'ECM vanno quindi ricercati più nel tentativo di elevare il livello di preparazione delle aziende e delle regioni di retroguardia del Sistema Sanitario Nazionale che nello stimolo di nuove prospettive per la formazione delle altre³³.

I suoi limiti sono stati di vedere inizialmente solo la valenza specialistico – professionale della formazione e di tagliare fuori la forte funzione di regia che le aziende avevano invece acquisito, in quanto avevano conferito all'apprendimento continuo e alla formazione una valenza soprattutto organizzativa.

Il recupero del ruolo centrale delle aziende, la relativa progressiva devolution in tanti sistemi ECM regionali ognuno differente dall'altro; l'aumento consistente del numero degli eventi necessari, dei provider, degli operatori coinvolti; la complessità del sistema di conferimento dei punteggi, la lontananza comunicativa con gli operatori; il ritardato decollo della formazione a distanza, sono tutti elementi che fanno pronosticare una graduale perdita di "peso" dell'ECM, seppur con modalità e tempistiche diverse da regione a regione. In uno scenario in cui il SSN si sta progressivamente articolando in tanti SS Regionali, era del resto prevedibile che la formazione seguisse gli stessi esiti. La formazione è infatti uno degli strumenti importanti di governo che le regioni hanno a disposizione per riorientare l'azione sanitaria nel proprio contesto di riferimento, tenendo conto delle loro diverse specificità e bisogni. A questo proposito basti pensare quanto il livello di competenza dei vertici delle Aziende Sanitarie di una Regione risulti decisivo per il raggiungimento degli obiettivi di qualità e di costo previsti nei piani sanitari regionali. La formazione ai vertici delle aziende sanitarie risulta allora strategica da due punti di vista:

³³ Rotondi M., Per l'individuo o per l'azienda? Tendenze per una formazione di qualità in Sanità, FOR, Rivista per la formazione, n.61,2004.

- Effetto leva: la qualità dei risultati di un'azienda dipende in larga parte dal livello di competenza del suo vertice.

- Proprietà transitiva: il modo con cui si fa formazione al vertice aziendale, passa implicitamente il modello da adottare relativamente all'utilità o meno della formazione, tipo di formazione da utilizzare, livello di attenzione da riservare ai partecipanti, livello di attenzione da riservare al reale apprendimento e al trasferimento on the job, occasionalità o sistematicità della formazione.

Risulta quindi strategicamente determinante per una Regione non seguire "al traino" le linee nazionali standard, ma costruire un proprio piano sistemico di formazione, aggiornamento e sviluppo dei propri operatori e in primo luogo dei propri direttori; piano che, ben tarato sulle proprie esigenze locali, possa essere strettamente correlato al proprio piano sanitario regionale.

La letteratura scientifica e la pratica hanno dimostrato che le tendenze più promettenti per una formazione efficace in Sanità sono quelle capaci di coniugare gli interessi dei singoli professionisti con gli obiettivi generali delle aziende sanitarie.

Per una formazione di qualità tanto le organizzazioni sanitarie quanto le Regioni dovrebbero puntare su:

- progetti di sistematizzazione dell'azione formativa (formazione strettamente correlata ai sistemi di motivazione, gestione e valutazione delle risorse umane) come, per esempio, quelli legati allo sviluppo di sistemi di competenze e di carte dei valori (Leading By Value), alla declinazione dei piani strategici aziendali in programmi operativi delle singole UO e dei singoli operatori (Balanced Score Card), ai piani formativi aziendali pluriennali (sviluppo di una competenza trasversale all'anno);
- progetti formativi di sviluppo dell'auto committenza e della partecipazione progettuale degli operatori stessi alla realizzazione della loro formazione;
- progetti formativi che utilizzano il tempo e lo spazio stesso del lavoro (training during the job) per generare occasioni d'apprendimento di competenze specifiche: come, per esempio, i processi di formazione basati sul problem solving di gruppo, sull'apprendimento-miglioramento continuo;
- progetti di formazione a distanza personalizzabili sulle esigenze e sulle personali caratteristiche (stile d'apprendimento, canali percettivi preferenziali, motivazioni reali, ...) dell'utente.
- progetti che utilizzino la valutazione durante la realizzazione degli stessi processi formativi come una delle metodologie d'apprendimento continuo utile per capitalizzare e orientare l'azione formativa.

Solo nell'ultimo anno 2015 è stata creata una scuola nazionale di sanità pubblica. Il progetto formativo, ideato da Agenas e dalla SNA, ha l'obiettivo di promuovere la formazione dei professionisti che quotidianamente sono chiamati ad affrontare le complessità del sistema, ad analizzare la realtà sanitaria in continuo cambiamento, anche con riferimento ai bisogni di salute emergenti, a comprendere gli elementi strutturali del governo della domanda e dell'offerta dei servizi di salute alla persona, a decidere sulla migliore e più appropriata allocazione delle risorse, ad approntare sistemi di misurazione dell'efficacia, efficienza ed economicità di gestione, nonché della qualità e della sicurezza dei servizi offerti e delle cure. Il percorso formativo si propone di promuovere anche il consolidamento dei principi e valori etici che devono guidare il professionista sanitario³⁴.

La formazione, inoltre, può svolgere una funzione decisiva non solamente, come tradizionalmente accaduto, per aggiornare le conoscenze dei dipendenti, ma anche per accompagnare i processi di innovazione e creare nuove culture organizzative capaci di rendere il cambiamento sostenibile anche in futuro.

Gli obiettivi della formazione non devono afferire ai soli contenuti tecnici delle diverse professioni presenti nelle organizzazioni, ma dovrebbero enfatizzare anche altri aspetti di carattere più generale, quali: lo sviluppo di conoscenze innovative, la formazione come strumento per favorire una reale maggiore efficacia sul lavoro (capacità) e lo sviluppo di attitudini e comportamenti orientati al miglioramento delle prestazioni.

In conclusione si può ritenere che la formazione, oggi, non deve essere intesa solamente come strumento per colmare un gap di conoscenze rilevabile nel curriculum professionale degli individui, ma anche come leva strategica per l'innovazione organizzativa e l'attuazione delle riforme. Ma oltre la formazione deve essere, propriamente individuata quale *modus* definendi le condizioni di base per assicurare l'implementazione delle strategie future.

Solamente la disponibilità di personale competente è la garanzia per poter individuare politiche di riforma sostenibili e durature.

³⁴ www.agenas.it

La formazione manageriale in sanità: il caso della Regione Campania

Abstract

L'attuale fase di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale richiede l'attivazione di competenze manageriali dei soggetti preposti alla gestione del sistema stesso che possono essere incentivate tramite adeguati sistemi di formazione.

L'obiettivo di questo paper è quello di analizzare come viene erogata la formazione manageriale dal sistema sanitario regionale campano.

Per rispondere a tale obiettivo dapprima è stata condotta un'analisi della letteratura sul tema della formazione, quale strumento propulsore di innovazione e cambiamento. E' stato poi indagato il contesto per lo sviluppo delle competenze professionali manageriali nell'ambito sanitario ed infine, utilizzando un'indagine esplorativa sono state delineate le modalità attraverso le quali il sistema sanitario campano forma i professionisti della salute.

In particolare, con la metodologia dello studio di un caso è stata valutata, in un ambito cruciale come è quello dell'investimento sulla formazione delle risorse umane, vera ricchezza del SSN e motore di sviluppo, la "capacità" della Regione Campania di impostare il sistema svolgendo il suo ruolo di indirizzo e coordinamento delle attività formative rivolte al personale.

Dall'analisi condotta è emerso il ruolo cruciale svolto dalle Università campane nella predisposizione di un'offerta formativa sul tema altamente specializzata in grado di sopperire alle carenze dell'ente di programmazione preposto.

Infine è stata indagata l'organizzazione degli eventi formativi di educazione continua in medicina (ECM) in management sanitario da parte delle organizzazioni sanitarie regionali (Asl, AO, AOU) nel biennio 2011 – 2013 al fine di valutare il grado di attività delle stesse.

Keyword

Formazione manageriale, sanità, aziendalizzazione, offerta formativa, management sanitario, educazione continua in medicina (ECM).

Sommario: 1. I significati condivisi della formazione – 2. Analisi del contesto per lo sviluppo professionale del top e del middle management nelle organizzazioni sanitarie – 3. La metodologia della ricerca – 4. La formazione manageriale in sanità in Regione Campania – 5. Il management sanitario: un obiettivo formativo dell'educazione continua in medicina (ECM) - Conclusioni.

1. Significati condivisi della formazione

Il concetto di formazione racchiude un'anima polisemica e interdisciplinare: tanti sono i significati attribuibili e le discipline che a vari livelli se ne occupano. La stessa, infatti, risulta essere indagata dalla pedagogia alla psicologia, dalla sociologia alla teoria dell'organizzazione.

La numerosità dei modelli, i tentativi di analisi e di definizione sembrerebbe di per se indicativa del fatto che, ancora oggi, non esista una sistematizzazione condivisa.

Autorevoli ricerche hanno dimostrato come tanto le organizzazioni quanto gli individui possono trarre benefici dalla formazione dal momento che la stessa può essere considerata quale strumento di sviluppo oltre che un investimento.

A titolo puramente esplorativo, si riportano alcune definizioni della formazione che non pretendono di esaurire il vasto campo di possibilità che la letteratura ci offre, ma di aprire qualche finestra per osservarne determinati aspetti.

“Per gli individui, la formazione è essenziale per favorire la preparazione ai nuovi mestieri e sviluppare le nuove attitudini professionali e le relative competenze per mettere in atto determinate «performance». Per le organizzazioni, la formazione gioca un ruolo vitale nel rafforzamento della loro posizione di concorrenza e nel rilancio dello sviluppo. Si tratta di un fattore chiave di riuscita dei mutamenti e delle riconversioni produttive” (Battistelli, Majer, Odoardi, 2002).

Per cui il sistema della formazione rappresenta un intervento che va ad incidere sulle competenze professionali indirizzandole ad un risultato finale che tende ad ottimizzare la performance dell'organizzazione.

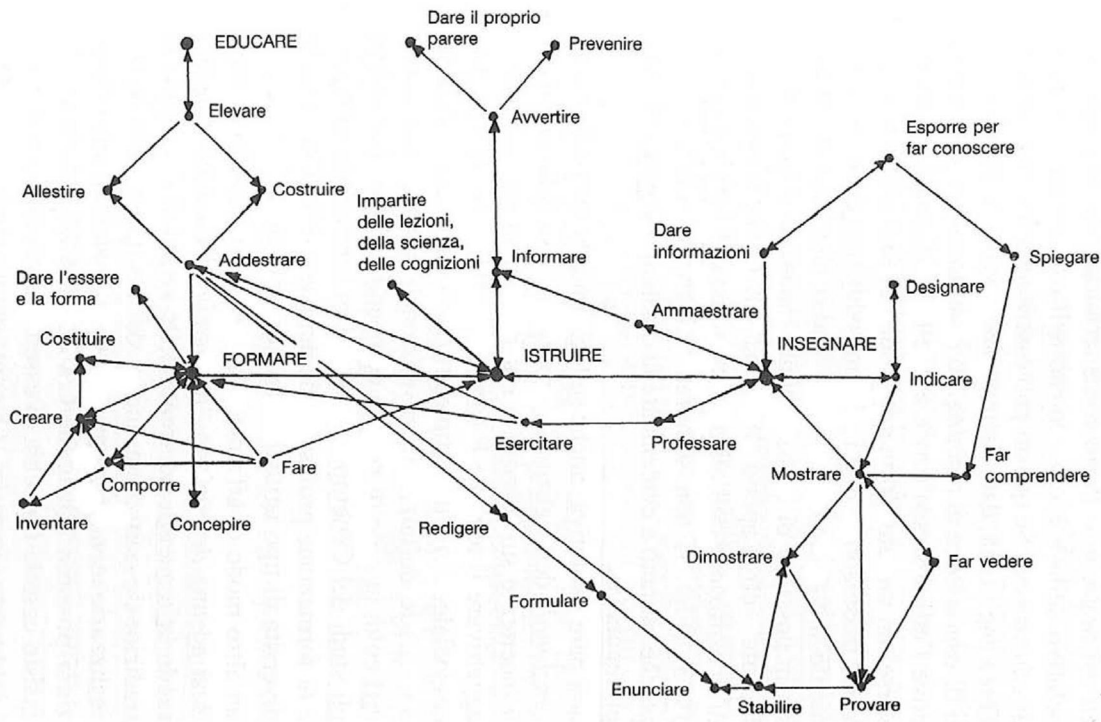
Un autore dell'area francofona P. Gouguelin nel 1973 definisce la rete semantica del concetto di formazione, ricorrendo ai termini: educare, istruire, insegnare³⁵.

Dopo aver analizzato le relazioni tra gli altri poli l'Autore conclude che *“Formare implica un intervento profondo e globale che provoca nel soggetto uno sviluppo nel campo intellettuale, fisico o morale e un cambiamento nelle strutture corrispondenti a questi campi, in modo che questo sviluppo non sia sovrapposto alla struttura esistente, ma sia integrato in nuove strutture più generali, che consentono ad ognuno di raggiungere, secondo le proprie capacità, un livello culturale multidisciplinare, capace di fargli meglio comprendere i fenomeni della vita”*. Come tale, la formazione non è più un semplice fenomeno di acquisizione, ma ha come obiettivo una trasformazione della personalità, mettendo quindi in gioco dei ‘meccanismi’ psicologici più vasti (Gouguelin, Cavozi, Dubost, Enriquez, 1972).

Per cui alla formazione vengono attribuite due accezioni:

³⁵ Gouguelin P., La formazione permanente degli adulti, Roma, Editrice San Paolo, 1973, p. 13-14.

- Una riferita all'azione di sviluppo (di un essere umano su un piano fisico, intellettuale, morale, sociale) e risultato di tale azione;
- L'altra al bagaglio di conoscenze teoriche, pratiche, indispensabili al l'esercizio di una professione o di un ruolo sociale.



(Fonte: P. Goguelin, La Formazione permanente negli adulti, 1973)

Bruscaglioni afferma che fare formazione significa: *"intervenire, in maniera finalizzata ed organizzata, sulla cultura professionale di individui e gruppi, attraverso le metodologie dell'apprendimento consapevole"*. (Bruscaglioni, 1991).

Per cultura professionale di individui e gruppi l'autore intende, da una parte il sapere professionale (conoscenze, capacità e tecniche specialistiche) e dall'altra la cultura organizzativa di ruolo (valori, credenze e atteggiamenti professionali).

Margiotta e Salatin affermano che *"la formazione si presenta oggi come un campo di pratiche sociali eterogenee aventi come soggetti adulti in situazione professionale"* (Margiotta, Salatin, in Bellotto, Trentini, 2000).

Per Battistelli, Majer ed Odoardi *"il termine formazione assume il significato di azione mirante allo sviluppo della abilità dell'individuo (cioè delle capacità nell'esecuzione del lavoro), alla trasmissione di informazioni (circa la cultura organizzativa, il funzionamento, la produzione) e non ultimo all'acquisizione di un comportamento più consono al raggiungimento dei propri obiettivi e a quelli dell'organizzazione"* (Battistelli, Majer, Odoardi, 2002).

Tali contributi si riferiscono alla formazione del soggetto adulto ed evidenziano il legame della formazione con l'organizzazione. Le azioni formative sono volte a sostenere l'esigenza di creare, ampliare o specializzare conoscenze funzionali alla crescita professionale, vale a dire le competenze.

Secondo Quaglino la formazione è un'attività educativa il cui obiettivo è la promozione, la diffusione, nonché l'aggiornamento del sapere. L'azione educativa rappresenta un momento di crescita culturale, sociale, professionale e personale dei soggetti a cui si rivolge³⁶. *“È in questi termini che l'attività educativa lega inestricabilmente apprendimento e cambiamento a un primo e più generale livello”* (Quaglino, 2005).

Quindi il cambiamento, quale prodotto dell'apprendimento, è di sicuro individuale mentre per le organizzazioni rappresenta un legame solo possibile dal momento che le stesse devono essere “disposte” ad apprendere ed accogliere le implicazioni del cambiamento.

La formazione assume una valenza specifica se essa è veicolata, condotta, gestita all'interno delle organizzazioni dalle organizzazioni stesse, diventa infatti strumento di costruzione di competenze a livello individuale, di gruppo e organizzativo. Essa agisce su conoscenze, competenze e atteggiamenti producendo cambiamenti che dovrebbero rendere più efficace l'azione degli individui nelle organizzazioni stesse. (Fraccaroli, 2007).

Ancora Fraccaroli ritiene che *“La formazione è principalmente una attività organizzativa finalizzata al miglioramento delle prestazioni di lavoro e al conseguimento di obiettivi produttivi. È al tempo stesso, una risposta per la gestione delle risorse umane, che può favorire lo sviluppo individuale nelle organizzazioni, garantire la crescita, innovazione e più soddisfacenti condizioni di lavoro”* (Fraccaroli, 2007,).

L'autore ribadisce l'aspetto organizzativo della formazione e la sua importanza strategica in termini di lavoro e qualità del lavoro, evidenziando che la formazione rappresenta un supporto per la gestione delle risorse umane e in quanto tale offre possibilità di sviluppo e innovazione sul versante umano e della competitività tra organizzazioni.

La formazione, quindi, può influire sul livello di motivazione e soddisfazione dei lavoratori.

L'adulto, nella formazione, non cerca più tanto la semplice acquisizione di conoscenze, quanto una pratica riflessiva verso il miglioramento delle proprie capacità. La formazione assume, quindi, un ruolo di presidio dei processi di creazione e sviluppo delle conoscenze, ma allo stesso tempo aggiunge alla dimensione apprenditiva quella dell'autoformazione quale motivazione intrinseca ad apprendere³⁷.

³⁶ Quaglino G. P., Fare formazione. I fondamenti della formazione e i nuovi traguardi, Raffaello Cortina, Milano, 2005, p.11.

³⁷ G. Alessandrini, Pedagogia delle risorse umane e delle organizzazioni, Milano, Guerini, 2004, p. 29.

Come si può desumere da questa prima analisi, definire la formazione non è affatto semplice: non solo per la pluralità dei contributi disponibili in letteratura, l'eterogeneità dei punti di vista, la polisemia dello stesso termine, già di per sé indici di complessità, ma per la congiunzione di tutti questi fattori insieme ad altri rintracciabili nella storia e nella cultura delle nostre società.

Il comune denominatore alle definizioni tracciate dai diversi autori qui riportati è il concetto di cambiamento.

Acquisire una conoscenza, modificare un atteggiamento o sviluppare un'abilità è sempre un processo di cambiamento da uno stato ad un altro. La nozione di cambiamento indica essenzialmente una modificazione di uno o più caratteri di un soggetto ovvero di un'organizzazione. Anche il termine cambiamento, relativamente agli ambiti in cui viene usato, assume significati diversi.

In maniera unanime gli autori che si occupano di formazione presuppongono che alla base di un intervento formativo esista il bisogno o il desiderio di cambiare; ogni attività di formazione quindi, produce o si propone di produrre un cambiamento. Il cambiamento può essere individuale, riferito al gruppo ma anche organizzativo.

Pertanto, dato il valore strategico del cambiamento in ambito organizzativo e in generale nel panorama economico odierno, tanto che la pratica del *change management* è entrata nel linguaggio abituale di chi si occupa di gestione d'azienda, la formazione in quanto agenzia di cambiamento (può fungere sia da medium che da veiculum a seconda che produca cambiamento o offra strumenti di comprensione e accettazione del cambiamento) richiama l'attenzione di coloro i quali hanno intenzione o necessità di guidare o semplicemente capire la transizione da uno stato di cose/sapere ad un altro.

Apprendimento e cambiamento sono indissolubilmente legati: *“non c'è dubbio che la parola apprendimento denoti un cambiamento di qualche tipo; dire quale tipo è una faccenda delicata”*. (Bateson, 2005).

Dunque, alla stregua di queste definizioni è possibile affermare che la formazione è in grado di produrre cambiamento organizzativo.

E' per questo che nelle organizzazioni di lavoro e quindi anche nelle aziende pubbliche la formazione assume un ruolo cruciale per la gestione del cambiamento organizzativo (Rebora 1988). Ancora oggi infatti nel settore pubblico si registra la persistenza di una cultura rigidamente formale, burocratica, autoreferenziale, a fronte delle mutate esigenze dei cittadini, in termini di offerta e qualità dei servizi, e degli stessi sistemi amministrativi, volti al recupero di efficienza, alla

razionalizzazione delle strutture, ad una maggiore competitività con altri potenziali concorrenti pubblici o privati³⁸.

Il management delle amministrazioni pubbliche è impegnato nel difficile compito di costruire un “sistema aziendale”, nel dare cioè all’amministrazione una missione specifica, dei confini organizzativi più precisi, degli strumenti di gestione manageriale, delle regole di indirizzo verso obiettivi comuni. Ma questi sforzi si scontrano molto spesso con le logiche e gli assetti organizzativi preesistenti, con tradizioni, culture, assetti strutturali, ruoli e professionalità sedimentati, che faticano ad acquisire e a tradurre in comportamenti queste nuove logiche d’azione.

In questo contesto, la formazione gioca un ruolo di primo piano poiché essa diventa lo strumento prioritario per sviluppare quel processo di empowerment ai vari livelli, sia a quello individuale, fornendo strumenti e metodi di lavoro specifici agli operatori e al management per favorire il cambiamento, ma soprattutto al livello organizzativo per trasformare l’organizzazione in una learning organization, vale a dire in un’organizzazione capace di analizzare e ripensare criticamente i propri successi e insuccessi, rivedere in modo continuativo i propri indirizzi strategici e le routine consolidate, porre attenzione a tutti i segnali provenienti dall’ambiente accettando e valorizzando visioni alternative rispetto a quelle dominanti, e soprattutto sperimentando innovazioni tecniche e organizzative alimentate da un coerente e ampio processo di produzione e di diffusione della conoscenza.

Tale funzione della formazione assume un ruolo cruciale nell’attuale filone di cambiamento che sta permeando il sistema delle pubbliche amministrazioni.

Nella Sanità Italiana, è da circa un quarto di secolo che ci sono profondi cambiamenti; a darne l’abbrivio sono state alcune leggi che pur rappresentative di un lessico e di un agire ancora burocratico, hanno infuso comunque uno spirito innovativo.

Tale processo di riorientamento che sta permeando il Servizio Sanitario Nazionale introduce nel settore criteri e principi tipici della gestione imprenditoriale per conseguire efficacia, efficienza e qualità nella erogazione dei servizi, quindi richiede l’attivazione di competenze manageriali (Spinsanti, 2007). La formazione, in quanto attivatore di processi di cambiamento è fondamentale per supportare tale processo, in particolar modo risultano essere di primaria importanza la formazione manageriale e la formazione continua³⁹ (ECM).

³⁸ M. Meneguzzo, D. Cepiku, E. Di Filippo, *Managerialità, innovazione e governance nella Pubblica Amministrazione*, Aracne, Roma, 2006, p.179.

³⁹ L’ECM è acronimo di Educazione Continua in Medicina che rappresenta il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l’acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta.

I professionisti sanitari hanno l’obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile. Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità.

2. Analisi del contesto per lo sviluppo professionale del top e del middle management nelle organizzazioni sanitarie

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 negli anni ottanta gli 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.

Secondo questi autori infatti: *“Il tipo di governo che si è sviluppato durante l’era industriale, con le sue burocrazie centralizzate e lente, la loro attenzione a regole e a regolamenti e le loro strutture gerarchiche, non funziona più molto bene. Ai loro tempi hanno conseguito molti risultati, ma si sono nel tempo allontanati da noi. Sono diventati sovrabbondanti, pieni di sprechi e inefficaci. E quando il mondo ha cominciato a cambiare non sono riusciti a cambiare con esso. Le burocrazie gerarchiche, centralizzate progettate negli anni trenta e quaranta semplicemente non funzionano bene nella società e nell’economia in rapido cambiamento, ricca di informazioni e ad alta intensità di conoscenze degli anni novanta”* (Osborne e Gabler 1992,). Per supplire alle carenze di tale modello il new public management si proporrebbe, sempre secondo gli autori, come un’unica visione comune a tutti i paesi, al di là delle singole applicazioni e delle singole culture amministrative, per superare la crisi corrente.

In particolare, Osborne e Gaebler organizzano il loro libro “Reinventing government” attorno a dieci capitoli, ciascuno dei quali dedicati a un principio da adottare⁴⁰:

L’avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999 che avevano istituito l’obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità. La nuova fase dell’ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

Dal 1 gennaio 2008, con l’entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, fino ad oggi competenze del Ministero della salute, sono stati trasferiti all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

L’Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2007 che definisce il Riordino del Programma di Formazione Continua in Medicina e stabilisce la nuova organizzazione e le nuove regole per la Governance del sistema Ecm del triennio 2008-2010, individua infatti nell’Agenzia la “casa comune” a livello nazionale, in cui collocare la Commissione nazionale e gli organismi che la corredano.

⁴⁰ Osborne D. e Gaebler T., 1992, Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is transforming the Public Sector, MA, Addison- Wesley (trad. it. A cura di Sabino Cassese, 1995, Dirigere e Governare, Garzanti, Milano)

Osborne e Gaebler possono essere considerati i fautori di un movimento di riforma (c.d. “reinventing government”) che vuole modernizzare l’apparato statale statunitense puntando su flessibilità, decentramento e trasparenza. Il testo delinea, partendo da casi concreti (nella scuola, nella sanità, nella protezione sociale, nell’ecologia e in altri settori), dieci direttrici di intervento che possono contribuire al cambiamento e al miglioramento dell’amministrazione pubblica.

- governare invece che gestire;
- fornire alla comunità strumenti per risolvere i propri problemi invece che 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 soprattutto 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.

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 evoluzioni⁴¹. 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

⁴¹ Franco M., Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento, 2005.

ragioni scientifiche e tecniche più che su ragioni economiche e culturali, com'è stato invece il caso per il nuovo management pubblico⁴².

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 amministrazioni⁴³. 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.

In tal senso le Regioni, a volte, hanno assunto atteggiamenti 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, 2005). Infine, non poche resistenze si sono incontrate tra gli stessi amministrativi e gli stessi

⁴² Capasso A., Pascarella G., "La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento", Franco Angeli, Milano, 2005, pag. 61-99.

⁴³ Meneguzzo M., Cepiku D., Coordinamento e gestione strategica delle reti: profili e competenze dei network manager, Paper presentato al XXXI Convegno AIDEA Corporate Governance: governo, controllo e struttura finanziaria, Napoli, 16-17 ottobre 2008

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.

Come già accennato, un ruolo particolare in questa evoluzione è stato giocato dalle logiche organizzative tradizionalmente forti nel SSN quali la logica professionale e quella burocratica (De Pietro, 2005).

Queste due logiche hanno implicazioni particolarmente rilevanti per il tema delle competenze manageriali.

La maggior parte delle caratteristiche della logica professionale impattano direttamente sulle competenze individuali e sul modo di riconoscerle. Tra gli elementi tipici possiamo ricordare che nella logica professionale⁴⁴ in ambito sanitario vi è:

- La predilezione del rapporto diretto ed esclusivo col paziente;
- Una specializzazione spinta delle competenze tecnico-professionali in luogo delle competenze relazionali o di tipo gestionale;
- La convinzione che l'istituzione tipicamente deputata a certificare inizialmente e poi a valutare nel tempo le competenze sia l'università o comunque la "scuola professionale" in senso lato, più che l'azienda sanitaria presso cui si presta l'attività lavorativa.
- L'obbligazione professionale nei confronti dell'utente "di mezzi" più che "di risultato".
- La preoccupazione dei professionisti sanitari riferita all'efficacia clinico-assistenziale, con la delega ad altre figure del problema riferito al reperimento delle risorse economiche necessarie a offrire i servizi e quindi, in generale, vale a dire 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

⁴⁴ De Pietro C., 2003, Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale, *Mecosan* 12(48), 9-37.

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.)⁴⁵.

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).

3. La metodologia della ricerca

Questa ricerca di tipo qualitativo è stata condotta utilizzando il 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.

Lo studio di un caso rappresenta uno strumento per approfondire la conoscenza di un processo, piuttosto che i suoi singoli prodotti, la comprensione di un contesto nel suo insieme, piuttosto che delle variabili specifiche, insomma un'attività basata sulla scoperta, piuttosto che sulla conferma.

La scelta del metodo più adatto ad una 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, 2003).

Quindi, lo studio di caso permette ad una ricerca di registrare le caratteristiche olistiche e significative degli eventi di vita reale (come cicli di vita, processi, cambiamenti).

⁴⁵ Bonazzi G., 2007, Storia del pensiero organizzativo. Vol. II: La questione burocratica, Milano, FrancoAngeli, p. 280.

4. La formazione manageriale in sanità in Regione Campania

Il valore dato allo sviluppo delle risorse umane del sistema sanitario campano dalle amministrazioni preposte alla programmazione del sistema sanitario regionale è rinvenibile all'interno del Piano Sanitario Regionale.

Nelle righe che seguono si tenterà di descrivere lo scenario attuale della Regione Campania partendo proprio dall'approfondimento del piano sanitario regionale vigente⁴⁶ nel quale è possibile evidenziare che:

- La Regione Campania riconosce il ruolo propulsivo che le risorse umane assumono nel processo di rinnovamento del SSR e considera la formazione un elemento strategico, funzionale alla realizzazione degli obiettivi di salute e di conseguenza decide di investire sul capitale umano e sulla sua valorizzazione all'interno dei servizi.
- Sussiste la volontà di coinvolgere, sia per quanto riguarda la formazione d'accesso che per quella permanente, tramite appositi protocolli, le Università in un'azione di coordinamento e di integrazione, pur nel rispetto delle reciproche autonomie.
- La formazione manageriale è oggetto di specifico interesse, il cui compito è quello di *“far acquisire alla dirigenza competenze finalizzate alla gestione ottimale delle risorse”* oltre quello di responsabilizzare i diversi livelli dirigenziali anche sui risultati economici. Sebbene ancora oggi la *“formazione manageriale regionale, così come delineata negli atti regionali non è in linea con le esigenze attuali, visto il profondo mutamento degli scenari. Pertanto un primo obiettivo che si intende perseguire è quello della revisione delle tematiche della formazione manageriale. Un secondo obiettivo, invece, riguarda l'attivazione dei corsi di formazione manageriale in Regione Campania.”*

E' proprio da quest'ultima affermazione che prende avvio l'interesse nell'indagare lo stato dell'arte della formazione manageriale campana.

La formazione manageriale destinata ai manager e ai dirigenti apicali delle Aziende Sanitarie, è espressamente prevista dal D.Lgs. n. 502/92 come modificato dal D.Lgs. n. 229/99 e dal D.P.R. n.484/97⁴⁷.

L'art. 3 bis comma 4 del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni prevede che *“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 ed attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale*

⁴⁶ Il Piano Sanitario in questione è quello riferito agli anni 2011 – 2013. Lo stesso è stato adottato con Decreto Commissariale n.22 del 22 marzo 2011 e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n.32 del 27 maggio 2011

⁴⁷ Per approfondire si veda il D.lgs 502/92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 42”.

ed 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.”

Inoltre agli art. 15 e 16 quinquies lo stesso d.lgs. individua, la formazione manageriale anche quale requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi di direzione delle strutture complesse prevedendo che il certificato di formazione manageriale debba essere conseguito entro un anno dall'inizio dell'incarico, e che siano le Regioni responsabili dell'organizzazione e dell'attivazione di tali corsi.

Successivamente, con decreto ministeriale del 1 agosto 2000 “Disciplina dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie⁴⁸”, sono state definite le linee guida per la realizzazione dei corsi di formazione diretti a coloro i quali aspirano all'incarico di Direttore Generale previa iscrizione all'Albo.

Invece relativamente, a tutti i dirigenti sanitari è intervenuto un successivo accordo Stato–Regioni–Province Autonome, il 10 luglio 2003 che definisce i requisiti dei corsi di formazione manageriali rivolti al personale sanitario e individua le condizioni che devono essere garantite affinché l'attestato sia riconosciuto valido.

L'obiettivo della formazione in esame è quello di incentivare le capacità manageriali dei dirigenti sanitari i quali, per l'esercizio delle proprie funzioni, debbono possedere adeguate conoscenze e competenze non solo di natura professionale ma anche organizzativa e gestionale, stante il fatto che la qualità di un servizio pubblico complesso, come è quello sanitario, è la risultante di un elevato grado di competenze tecnico - professionali e, non di meno, di una sensibile capacità organizzativa in un contesto di risorse finite⁴⁹.

Un primo elemento discutibile in tale previsione normativa è dato dal fatto che le attestazioni di formazione manageriale debbano essere prodotte a posteriori rispetto al conferimento dell'incarico.

Gli incarichi, a parere della scrivente dovrebbero essere conferiti a chi è in possesso di requisiti e non a chi provvederà ad acquisirli dal momento che gli stessi essendo di natura privatistica potrebbero cessare prima che sia trascorso un anno, o diciotto mesi.

In Regione Campania ancor più l'esigenza di manager sanitari competenti è sentita dal momento che la Regione è fortemente impegnata nella razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale e nell'attuazione del nuovo piano ospedaliero, così come si evince dal PSR 2011-2013.

⁴⁸ Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 300 del 27 dicembre 2000.

⁴⁹ Glossario della Formazione in Sanità, Regione Toscana, Giunta Regionale Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale Settore Strumenti di pianificazione e programmazione socio sanitaria, a cura dell'Osservatorio regionale sulla Qualità della Formazione, coordinato da Paolo Becherucci, Marzo 2011.

La Regione Campania ha formalmente⁵⁰ provveduto a recepire il documento in materia di Formazione Manageriale, approvato in Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome il 10 luglio 2003, ed ha, con propria Legge Regionale n. 3 del 2 marzo 2006, dettato le indicazioni in materia di alta formazione destinata ai direttori generali, amministrativi e sanitari di aziende sanitarie⁵¹.

Tale disposizione normativa è stata, però, abrogata dalla legge regionale 4/2011 e in ogni caso disapplicata dal momento che non è stato mai attivato da parte dell'ente regionale alcun corso di formazione manageriale rivolto al top e al middle management delle aziende sanitarie.

Quindi sebbene la Regione nel PSR ha provveduto a recepire tali disposizioni non ha poi dato risvolto operativo alle stesse.

L'accordo del 2001 prevede che i corsi di formazione manageriale per dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) siano attivati ed organizzati dalle Regioni di concerto con le università o di altri soggetti pubblici o privati operanti nel campo della formazione accreditati e/o appositamente qualificati dalle medesime Regioni. Ed inoltre è previsto che tali corsi abbiano, in via di massima, una competenza circoscritta all'area regionale di riferimento, infatti nel testo dell'accordo si legge che *“le stesse non potranno attivare i suddetti corsi al di fuori del proprio territorio se non attraverso reciproci accordi”*.

In Regione Campania, come già ribadito, tali corsi non sono stati attivati da parte dell'ente preposto ma le Università hanno provveduto a costruire un'offerta formativa adeguata a rispondere a tale esigenza, istituendo master di primo e secondo livello in maniera autonoma.

Tabella 1 – Offerta formativa universitaria di master in Management Sanitario

Università	Master	livello	Struttura responsabile	N. posti	Costo	Durata	Anno d'istituzione
Università degli Studi di Napoli Federico II	Management per le funzioni di coordinamento nell'area della prevenzione sanitaria	1	Dipartimento di Scienze Mediche Preventive	Max 35 - Min 15	Euro 2.300,00	1 anno (nov-ott)	2005/2006

⁵⁰ Infatti tale volontà si evince dal PSR 2011 – 2013 ma anche dai precedenti Piani Sanitari.

⁵¹ All'art. 4 della legge regionale in esame veniva, infatti, sancito che *“la Regione provvede all'attività di alta formazione avvalendosi della collaborazione delle università della Campania, dei centri di eccellenza e di ricerca e dell'Agenzia Regionale Sanitaria⁵¹ (ARSAN), valorizzando le migliori risorse formative con costante riferimento alle esigenze del servizio sanitario regionale.*

L'alta formazione ha il compito di attuare iniziative di progettazione, effettuazione, valutazione e certificazione di attività formative per i direttori generali, amministrativi e sanitari di aziende sanitarie locali ed aziende ospedaliere e, più in generale, per il personale dirigente di aziende sanitarie pubbliche o accreditate, anche ai fini del rilascio dei titoli di cui all'articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni.”

Università	Master	livello	Struttura responsabile	N. posti	Costo	Durata	Anno d'istituzione
Università degli Studi di Napoli Federico II	Management per le funzioni di coordinamento nelle professioni sanitarie	1	Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche	Max 60 - Min 15	Euro 2.300,00	1 anno	2006/2007
Università degli Studi di Napoli Federico II	Management Sanitario	2	Dipartimento di Sanità Pubblica	40 (minimo 25)	Euro 3.800,00	1 anno accademico	2002/2003
Università degli Studi di Napoli "Parthenope"	Management per le funzioni di coordinamento nell'area infermieristica ostetrica e pediatrica	1	DISMEB Dipartimento Scienze Motorie e del Benessere	35-55	Euro 2.300,00	1 anno	2008/2009
Seconda Università degli Studi di Napoli	Management per il coordinamento Infermieristico ed Ostetrico	1	Dipartimento di Medicina Sperimentale	25-17	1600	1 anno	ND
Università degli Studi Suor Orsola Benincasa	Management, coordinamento e gestione delle risorse umane nelle strutture sanitarie	2	Facoltà di Scienze della Formazione	60	€ 1.500,00	1 anno	ND
Università degli Studi di Salerno	Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie	2	Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali (Management & Information Technology)	25 - 40	€ 6.500,00 tempo pieno € 4.500,00 tempo parziale	1 anno - tempo pieno; 2 anni - tempo parziale;	2005/2006
Università degli Studi di Salerno	Management Sanitario: farmacoconomia, farmacovigilanza ed aspetti gestionali	2	Dipartimento di Farmacia	25 - 40	2000	1 anno	2008/2009
Università degli Studi del Sannio	Management Sanitario	1	Dipartimento di Diritto Economia e Management e Metodi Quantitativi	30-40	2950	1 anno	2010/2011
Università telematica Pegaso	MANAGEMENT NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE	1	Sanità	almeno 100	1300	1 anno	2014/2015
Università telematica Pegaso	MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO	1	Sanità	almeno 50	700	1 anno	2014/2015

Università	Master	livello	Struttura responsabile	N. posti	Costo	Durata	Anno d'istituzione
	NELL'AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE						
Università telematica Pegaso	Management delle Aziende Sanitarie	2	Sanità	almeno 50	1700	1 anno	2014/2015

Così come bene evidenziato dalla Tabella 1 in totale ad oggi risultano essere attivati 13 master universitari che sviluppano il tema della formazione manageriale in sanità. Di questi 5 sono master di secondo livello, a cui si accede con una laurea magistrale (prima laurea specialistica), a ciclo unico o con un diploma di laurea del vecchio ordinamento, e 8 sono master di primo livello, il cui requisito d'accesso è la laurea triennale.

La struttura dell'offerta formativa di questi master risulta essere in linea con quanto previsto dal documento di formazione manageriale del 2003, e questo conferma la capacità degli enti universitari di rispondere autonomamente all'esigenza di sviluppare le competenze manageriali delle professioni della salute.

Una conseguenza della mancata attivazione dei corsi di formazione manageriale è rinvenibile nel fatto che la maggior parte dei master hanno le aule popolate da attori del sistema sanitario regionale e questo risulta essere un ulteriore dato che conferma la volontà degli stessi di divenire protagonisti attivi del processo di riforma del sistema sanitario in chiave aziendale.

5. Il management sanitario: un obiettivo formativo dell'educazione continua in medicina (ECM)

Infine, per lo studio della formazione manageriale in sanità implementata e promossa dalla Regione Campania è stato utile indagare lo stato dell'arte della formazione continua in medicina (ECM) per capire quali e quanti eventi formativi sono stati programmati dalle organizzazioni sanitarie presenti sul territorio.

I programmi di Educazione Continua in Medicina rappresentano delle attività formative sia teoriche che pratiche, promosse da Società Scientifiche, da Società Professionali, da Aziende Ospedaliere o da Strutture specificamente dedicate alla Formazione in campo sanitario, ecc.. che hanno lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità. Si spazia da interventi di formazione residenziale (Congressi, Seminari, Convegni, Corsi, Stages) ad attività formative a distanza (FAD), inserendo nel mezzo interventi denominati "formazione on the job", volti cioè a raccordare la professionalità del lavoratore alle esigenze collegate all'espletamento della mansione in contesti produttivi/organizzativi individuati.

La panoramica proposta a livello nazionale ed internazionale, se da un lato rende deducibili le implicite difficoltà logistico-temporali che l'operatore sanitario deve risolvere per adempiere al bisogno, anche etico, di formazione (il Codice Deontologico, pur con il suo carattere extragiuridico, impegna i diversi operatori al rispetto di quanto stilato all'interno del documento di categoria), dall'altro, si rifà espressamente ai Paradigmi nell'Apprendimento degli Operatori Sanitari (Muir Gray, 2001) dove il lifelong learning e l'esigenza di forme integrate di formazione rappresentano la risposta adeguata al concetto di professionalità oggi veicolato.

Nel 2002 ha avuto avvio il Programma nazionale di ECM, ma già il D.Lgs 502/1992 integrato dal D.Lgs 229/1999 avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità assumendo un carattere innovativo nel mondo della sanità.⁵²

Dal 1 gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, prima competenze del Ministero della salute, sono stati trasferiti all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali⁵³ (Agenas).

Nel 2009, è stato approvato un Accordo Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente riordino del sistema di formazione continua in medicina⁵⁴. Sono, così, divenute le Regioni le protagoniste dell'accreditamento dei provider⁵⁵ responsabili dell'organizzazione degli eventi formativi rivolti a tutto il personale.

In questi anni tutte le Regioni hanno, quindi, adottato atti formali per la realizzazione dell'ECM, istituito appositi organismi e definito i loro compiti. Naturalmente, i tempi dell'avvio del sistema, la sua impostazione, le scelte strategiche, le modalità organizzative adottate e gli indirizzi forniti alle Aziende Sanitarie, sono diversi fra le diverse Regioni italiane.

Da questo punto di vista, l'impostazione del sistema della formazione sanitaria regionale è stata indagata attraverso le leggi regionali, le Delibere di Giunta Regionale e i Decreti assessorili emanati in materia di ECM.

La Regione Campania per la gestione del sistema formativo ha istituito la Commissione Regionale per la Formazione Continua in Sanità (Commissione Ecm), di cui fanno parte i rappresentanti delle

⁵² www.agenas.it/

⁵³ Agenas è un ente pubblico non economico nazionale che svolge dal 1993 una funzione di supporto al Ministero della Salute e alle Regioni per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi prioritari di Agenas sono la ricerca sanitaria e il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo di Stato e Regioni, all'organizzazione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base agli indirizzi della Conferenza Unificata del 20 settembre 2007. Agenas realizza tali obiettivi tramite attività di ricerca, monitoraggio, valutazione e formazione orientate allo sviluppo del sistema salute. (www.agenas.it)

⁵⁴ L'Accordo è stato adottato ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 281/1997.

⁵⁵ I provider sono gli organizzatori e produttori di formazione ECM.

Università Campane, degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni di Categorie maggiormente rappresentative⁵⁶.

La stessa è responsabile del processo di individuazione degli obiettivi formativi dal momento che alle Regioni è stato riconosciuto il potere di integrare la definizione degli obiettivi nazionali con l'individuazione di obiettivi regionali e l'autonomia di impostare il proprio sistema formativo sul territorio regionale⁵⁷.

La Commissione nella seduta del 11 gennaio 2012 ha definito ed approvato gli obiettivi formativi ECM della Regione Campania⁵⁸.

Tali obiettivi sono stati adottati in raccordo con le previsioni del Piano Sanitario regionale e con gli obiettivi nazionali definiti dalla Commissione Nazionale della Formazione Continua.

Gli obiettivi formativi:

- si rivolgono indistintamente a tutti gli attori dei processi di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;
- possono essere suddivisi in base alle caratteristiche a cui afferiscono:
 - tecnico-professionali;
 - di processo;
 - di sistema;

Inoltre, nell'allegato al Decreto Dirigenziale n.9 dell'8 febbraio 2012 è previsto che *“la moderna complessità dei processi sanitari richiede che gli obiettivi di miglioramento professionale assumano non solo il pieno soddisfacimento di bisogni formativi tecnico professionali individuali diversi, ma anche di quelli comuni attinenti alla qualità dei sistemi in termini di relazioni, di organizzazione e di gestione.”*

Nello stesso decreto sono stati poi sottolineati gli obiettivi formativi generali e specifici maggiormente importanti ai fini dell'attuazione del piano di rientro.

Gli obiettivi generali sottolineati sono:

⁵⁶ La stessa è stata costituita con Decreto Commissariale 171 del 30/08/2011 “Costituzione della Commissione Regionale per l'Educazione Continua”.

⁵⁷ Gli obiettivi formativi, nazionali e regionali, sono lo strumento utilizzato per orientare i programmi di aggiornamento professionale e di formazione continua rivolti agli operatori della sanità. Gli obiettivi formativi di rilievo nazionale vengono definiti dalla Conferenza Stato/Regioni e devono essere riconducibili alle attività collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza. Essi tengono conto del Piano sanitario nazionale, del miglioramento dell'assistenza e delle competenze professionali specifiche, ma anche della necessità di sviluppare capacità di collaborazione e integrazione, di trasferimento delle conoscenze e di comunicazione. Gli obiettivi formativi di rilievo regionale sono stabiliti dalle Regioni e tengono conto dei Piani sanitari regionali. Sono finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, nel rispetto delle peculiarità organizzative locali.

Ogni Regione può richiedere che gli operatori sanitari, dipendenti o convenzionati direttamente o indirettamente con il Servizio sanitario regionale, soddisfino il proprio debito annuale attraverso attività che abbiano come obiettivi formativi quelli definiti di specifico interesse regionale in una misura che non può superare il 50 %.

⁵⁸ Tali obiettivi formativi sono stati adottati in attuazione dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il “Riordino del sistema di Formazione continua in medicina” che nella seduta del 5/11/2009 ha individuato negli obiettivi formativi lo strumento per orientare i programmi di formazione continua, differenziandoli, tra obiettivi nazionali e obiettivi regionali.

1. Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e Gestionali
2. Farmacoepidemiologia, farmaco economia, farmacovigilanza
3. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment

Mentre gli obiettivi specifici sottolineati sono:

1. Aziendalizzazione del sistema sanitario
2. Sanità elettronica
3. Informatizzazione spinta post reingegnerizzazione dei processi
4. Programmazione obiettivi e budget correlati, monitoraggio periodico con reportistica

Per quanto riguarda l'accreditamento, la Commissione Regionale ECM ha approvato il "Manuale di accreditamento dei Provider Regionali ECM", con Decreto Dirigenziale del Settore Aggiornamento e Formazione n. 227 del 23/07/2012, pubblicato sul B.U.R.C. n. 47 del 30/07/2012⁵⁹.

L'accreditamento si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento delle attività formative per l'ECM, e viene rilasciato dall'ente accreditante previa verifica dei requisiti definiti.

A questo punto interessante è verificare concretamente chi, nei fatti, gestisce il processo della formazione continua in sanità a livello regionale e quanta attenzione viene dedicata dagli stessi alla formazione manageriale.

Gli eventi formativi in Regione Campania vengono organizzati da Organizzazioni Sanitarie Accreditate e da enti di formazione privati accreditati. Ai fini della ricerca sono stati indagati gli anni 2013 e 2014 in quanto la maggior parte degli accreditamenti è avvenuta nel corso del 2013.

Tabella 2 – Elenco dei provider accreditati dalla Regione Campania

RAGIONE SOCIALE	ATTIVITA' FORMATIVE EROGATE	PROFESSIONI	SEDE LEGALE	DATA ACCREDITAMENTO
ASL NAPOLI 1 CENTRO	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI	NAPOLI (NA)	04/02/2013
	FSC			
	RES			
ASL NAPOLI 2 NORD	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI	POZZUOLI (NA)	01/03/2013
	FSC			
	RES			
ASL AVELLINO	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI	AVELLINO (AV)	12/04/2013

⁵⁹ Le Aziende Sanitarie e gli altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private ed eventuali enti di formazione a prevalente partecipazione pubblica regionale o altri enti regionali, previsti dal suddetto "Manuale", possono fare richiesta di accreditamento in qualità di provider residenziale, di formazione sul campo (FSC) e di formazione a distanza (FAD).

RAGIONE SOCIALE	ATTIVITA' FORMATIVE EROGATE	PROFESSIONI	SEDE LEGALE	DATA ACCREDITAMENTO
	FSC			
	RES			
A.O. "S.ANNA E SAN SEBASTIANO"	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	CASERTA (CE)	03/06/2013
	RES			
A.O.R.N. A. CARDARELLI - NAPOLI	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI	NAPOLI (NA)	03/06/2013
	FSC			
	RES			
A.O.R.N. DEI COLLI	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	NAPOLI (NA)	03/06/2013
	RES			
AORN SANTOBONO-PAUSILIPON	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	NAPOLI (NA)	03/06/2013
	RES			
ASL CASERTA	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI	CASERTA (CE)	03/06/2013
	FSC			
	RES			
ASL SALERNO	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	SALERNO (SA)	03/06/2013
	RES			
AZIENDA OSPEDALIERA "SAN GIUSEPPE MOSCATI"	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	AVELLINO (AV)	03/06/2013
	RES			
ASLNA3SUD	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	TORRE DEL GRECO (NA)	25/06/2013
	RES			
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	NAPOLI (NA)	25/06/2013
	RES			
ASL BENEVENTO	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	BENEVENTO (BN)	25/06/2013
	RES			
A.O.U. SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI	SALERNO (SA)	23/07/2013
	FSC			
	RES			
CLINICA MEDITERRANEA SPA	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI	NAPOLI (NA)	06/12/2013
	FSC			
	RES			
ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI	FAD	FARMACISTA	NAPOLI (NA)	06/12/2013
	FSC			
	RES			
CASA DI CURA SAN MICHELE	FAD	TUTTE LE PROFESSIONI	MADDALONI (CE)	07/07/2014
	FSC			
	RES			
EASYWAY	FSC	TUTTE LE PROFESSIONI	PELLEZZANO (SA)	07/07/2014
	RES			
NEAPOLISANIT SRL	FSC	EDUCATORE PROFESSIONALE	OTTAVIANO (NA)	07/07/2014
		FISIOTERAPISTA		
		LOGOPEDISTA		
		MEDICO CHIRURGO		
		PSICOLOGO		

RAGIONE SOCIALE	ATTIVITA' FORMATIVE EROGATE	PROFESSIONI	SEDE LEGALE	DATA ACCREDITAMENTO
	RES	TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA TERAPISTA OCCUPAZIONALE		
FONDAZIONE ISTITUTO ANTONIANO	FSC RES	TUTTE LE PROFESSIONI	ERCOLANO (NA)	31/07/2014

Fonte dati: banca dati ecm – Regione Campania

Così come si vede dalla tabella 2, ad oggi risultano essere 20 i provider con accreditamento regionale, di questi 7 risultano essere aziende sanitarie locali, 5 aziende ospedaliere, 2 aziende ospedaliere universitarie, 2 case di cura private, 2 centri medici riabilitativi convenzionati, 1 istituto di formazione privato, 1 ordine professionale medico.

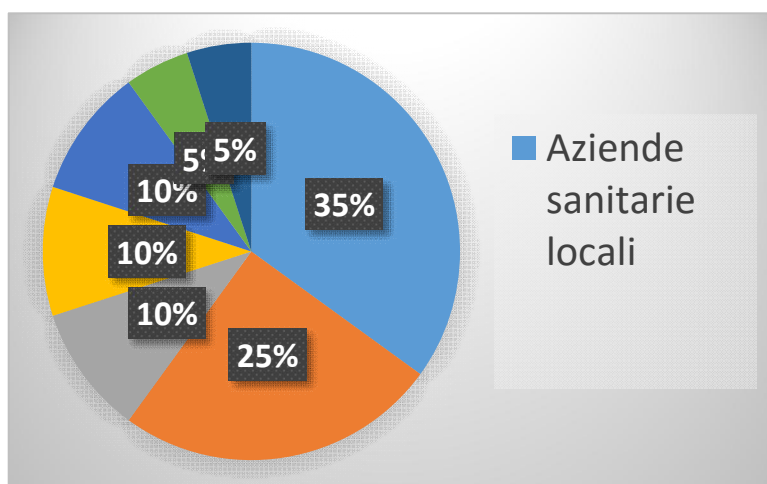


Fig. 1 Ripartizione per tipologia di ente erogatore – elaborazione personale

Quindi relativamente alla composizione è evidente la prevalenza di enti pubblici rispetto agli enti privati. Inoltre, tutti gli enti accreditati, ad eccezione di uno (EASYWAY S.r.l) sono enti che erogano prestazioni sanitarie o socio sanitarie.

Si può poi osservare che la totalità delle aziende sanitarie locali (7/7), la maggioranza delle aziende ospedaliere (5/6) e la maggior parte delle aziende ospedaliere universitarie (2/3) presenti sul territorio regionale risultano essere accreditate, ciò non può dirsi per le altre organizzazioni sanitarie, dal momento che:

- L'unico I.R.C.C.S. presente nel territorio regionale, Istituto Nazionale Tumori "Fondazione Pascale", non risulta essere accreditato;
- Delle 60 case di cura private attive in Campania solo 2 risultano essere accreditate;
- Dei 138 centri medici riabilitativi campani, solo 2 risultano aver ottenuto l'accreditamento;

Altro aspetto interessante è analizzare, così come già anticipato, quanti sono gli eventi formativi realizzati (e previsti) riferiti all'obiettivo "Management sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali", dal momento che lo stesso risulta essere uno degli obiettivi definiti "coerenti" con il Piano Sanitario Regionale e indicativo di eventi formativi di carattere manageriale.

Il totale degli eventi realizzati (e previsti) in tutti gli obiettivi formativi nel biennio 2013 -2014 è 1.592, che risultano essere così suddivisi:

- 1.491 sono eventi di formazione residenziale (RES)
- 8 sono eventi di formazione a distanza (FAD)
- 93 sono eventi di formazione sul campo (FSC)

Tra questi 1.592 eventi formativi, solo 45 risultano afferire all'obiettivo oggetto di indagine, quindi si può affermare che solo poco meno del 3% della totalità degli eventi formativi ha l'obiettivo di contribuire all'aggiornamento manageriale dei professionisti della salute.

Questo dato sembra indicativo del fatto che all'obiettivo formativo in esame viene data ancora poco attenzione sebbene sia riconosciuto fondamentale all'interno dei documenti di programmazione.

Ciò spinge i professionisti a cercare al di fuori degli eventi di formazione occasioni di studio sul tema del management e dell'organizzazione sanitaria.

E' comunque ragionevole pensare che la maggior parte dei corsi ECM sia riferito alle tematiche proprie delle professioni sanitarie e all'aggiornamento delle tecniche di cura dal momento che la platea dei partecipanti risulta essere di gran lunga superiore rispetto ai manager della salute.

Di seguito si da evidenza a tale obiettivo formativo mostrando quali organizzazioni sanitarie sono maggiormente attive in tal senso.

Tabella 3 – Eventi formativi ECM di Management Sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali organizzati dai provider regionali accreditati.

	Ente erogatore formazione	Obiettivo formativo			
		Management sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali			
		2013		2014	
		N. corsi	N. partecipanti	N. corsi	N. partecipanti
1	ASL NAPOLI 1 CENTRO	1	60	28	848
2	ASL NAPOLI 2 NORD			5	110
3	ASL AVELLINO				
4	A.O. "S.ANNA E SAN SEBASTIANO"				
5	A.O.R.N. A. CARDARELLI - NAPOLI				
6	A.O.R.N. DEI COLLI	1	30		
7	AORN SANTOBONO-PAUSILIPON			4	12
8	ASL CASERTA				
9	ASL SALERNO	1	60	1	100
10	AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE "SAN GIUSEPPE MOSCATI" AVELLINO				
11	ASLNA3SUD				
12	AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II	2	40	2	40
13	AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO				
14	SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA				
15	CLINICA MEDITERRANEA SPA				
16	ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI				
17	CASA DI CURA SAN MICHELE				
18	EASYWAY				
19	NEAPOLISANIT SRL				
20	FONDAZIONE ISTITUTO ANTONIANO				
	Tot.	5	190	40	1110

Dall'ultima tabella si evince che l'Asl Napoli 1 Centro è il provider maggiormente attivo in quanto realizza il 64% dei corsi riferiti all'obiettivo "Management sanitario, innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali".

I risultati tale ricerca di carattere esplorativo confermano quanto affermato nel paragrafo precedente, vale a dire che il tema della formazione manageriale (e quindi del management sanitario) sebbene riconosciuto dall'ente regionale fattore in grado di favorire l'aziendalizzazione e l'innovazione del sistema sanitario risulta, ad oggi, essere ancora poco esplorato.

Conclusioni

La formazione nell'ambito delle organizzazioni può essere considerato un fattore di sviluppo delle risorse umane e un attivatore del cambiamento?

Nell'attuale fase di aziendalizzazione del sistema sanitario la formazione che ruolo gioca? La Regione Campania ha provveduto ad organizzare corsi di formazione manageriale per il top e il middle management aziendale delle organizzazioni sanitarie presenti sul territorio?

Quali corsi di management sanitario riescono a soddisfare il fabbisogno formativo attuale dei manager della salute?

La formazione ECM valorizza il tema del management sanitario? In Regione Campania sono organizzati eventi formativi riferito a tale obiettivo?

Il paper ha cercato in maniera più o meno puntuale e con una visione critica di rispondere a questi interrogativi.

In particolare dall'analisi effettuata è emerso come in Regione Campania, sebbene all'interno dei documenti di programmazione sia riconosciuta l'importanza della formazione manageriale in sanità, ancora oggi non sono stati attivati i corsi di formazione manageriale rivolti ai Direttori Generali e ai dirigenti di struttura complessa delle organizzazioni sanitarie (attuali e aspiranti).

Sono ancora pochi (3% del totale degli eventi realizzati) anche gli eventi formativi realizzati dalle aziende sanitarie in tema di management sanitario e organizzazione aziendale.

Dalla lettura dei dati raccolti è emerso il ruolo propulsore delle Università campane che, ad oggi, hanno attivato ben 13 corsi di formazione specialistica su questi temi per rispondere al crescente fabbisogno di formazione dei professionisti della salute. Dallo studio dei piani formativi è apparsa una profonda coerenza degli stessi con il dettato legislativo nazionale e con il documento di formazione manageriale approvato nel 2003.

Ai corsi di formazione universitaria sono tanti i dipendenti del ssr che scelgono di partecipare autonomamente consapevoli della necessità di acquisire competenze manageriale per poter divenire protagonisti attivi del processo di riforma del sistema sanitario in chiave aziendale.

Riferimenti bibliografici

Adinolfi P., Performance-related pay for health service professionals: the Italian case, in *Health Services Management Research* 11,p. 211 -220, 1998.

Alessandrini G., *Pedagogia delle risorse umane e delle organizzazioni*, Milano, Guerini, 2004.

Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 2005 (ed. or. 1972).

Battistelli A., Majer V., Odoardi C., *Sapere, fare, essere. Formazione come percorso di cambiamento nelle organizzazioni*, Franco Angeli, Milano, 2002 (ed. or. 1992).

Bellotto M., Trentini G., *Culture organizzative e formazione*, Franco Angeli, Milano, 2000 (ed. or. 1988).

Borgonovi E., *La formazione del medico per i processi di cambiamento dei sistemi sanitari*, in *Mecosan* 6(24), 1997, p.2-7.

Borgonovi E., *E-procurement in sanità: dalla logica di modello alla logica di processo*, in *Mecosan* 11(41), 2002, p.2-5.

Bruscaglioni M., *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*, Franco Angeli, Milano 1991.

Capasso A., Pascarella G, *La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Cuccurullo C., Meneguzzo M., *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle Aziende Sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario*, Rapporto CEIS Sanità 2003, Roma, Italtpromo.

De Pietro C., *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: le politiche e la valutazione del personale*, *Mecosan* 11(43), 2002, p.67-81.

De Pietro C., *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: i sistemi informativi*, *Mecosan* 11(43), 2002, p.97-116.

Fraccaroli F., *Apprendimento e formazione nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna 2007.

Franco M., *Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento*, 2005.

Goguelin P., *La formazione permanente degli adulti*, Roma, Editrice San Paolo, 1973.

- Goguelin P., Cavozi J., Dubost J., Enriquez E., La formazione psicosociale nelle organizzazioni, Isedi, Milano, 1972.
- Hood C., A public management for all seasons, *Public Administration* 69(1), 1991, p.3-19.
- Hunter DJ, Berman PC. Public Health Management: Time for a New Start. *European Journal of Public Health* 7,1997, p. 345-349.
- Margiotta U., Educazione e formazione nella società della conoscenza, "TD36", n. 3, 2005.
- Margiotta U., Pensare la formazione, Armando Editore, Roma, 1998.
- Mele R., Adinolfi P., L'innovazione gestionale in sanità: l'esperienza del Master DAOSan, Università degli Studi di Salerno, Cirpa, 2006.
- Mintzberg H. Management. Mito e realtà. Milano, Garzanti, 1991
- Muir Gray JA. The Resourceful Patient. Oxford: Rosetta Press, 2002.
- Quaglino G. P., Fare formazione. I fondamenti della formazione e i nuovi traguardi, Raffaello Cortina, Milano, 2005 (ed. or. 1985).
- Quaglino G. P., La vita organizzativa. Difese, collusioni e ostilità nelle relazioni di lavoro, Cortina Raffaello, Milano, 2004.
- Quaglino G. P., Carrozzi G. Piera, Il processo di formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati, Milano, Franco Angeli, 2003.
- Quaglino G. P., Casagrande S., Castellano A., Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo, Raffaello Cortina, Milano, 1992.
- Quaglino G. P., Scritti di formazione (1991-2002) vol. 3, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Quaglino G.P., Scritti di formazione 1978-1998, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Quaglino G. P., Autoformazione. Autonomia e responsabilità per la formazione di sé in età adulta, Milano, Raffaello Cortina, 2004.
- Mattei P., The enterprise formula, new public management and the Italian health care system: remedy or contagion?, *Public Administration* 84(4), 2006, p.1007-10027.
- Meneguzzo M., Cepiku D., Coordinamento e gestione strategica delle reti: profili e competenze dei network manager, Paper presentato al XXXI Convegno AIDEA Corporate Governance: governo, controllo e struttura finanziaria, Napoli, 16-17 ottobre 2008.

Osborne D., Gaebler T., Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector, Reading, Ma, Addison-Wesley, 1992.

Rebora G., Minelli E., Change management. Come vincere la sfida del cambiamento in azienda, Etas, Milano, 2007.

Ongaro E., Valotti G., Public management reform in Italy: explaining the implementation gap, International Journal of Public Sector Management 21(2), 2008, p. 174-204.

Schmidt HG et al. New Directions for Medical Education. New York: Springer, 1989

Spinsanti S., Management per la nuova sanità. Napoli: EdiSES, 1997

Vaccani R., La gestione del personale nella sanità, in E. Borgonovi et al., L'organizzazione dell'ospedale, Milano, McGraw-Hill, 1988.

Yin Robert K., Case Study Research. Design and Methods. Third Edition, 2003, Sage Publication

Sitografia

www.agenas.it/

www.burc.regione.campania.it/

www.fiaso.it/

www.fondazione-smithkline.eu/

www.funzionepubblica.gov.it/

www.quotidianosanita.it/

www.normattiva.it/

www.regione.campania.it/

www.salute.gov.it/

Il problem based learning per la formazione manageriale in sanità: un'analisi empirica degli effetti sulle organizzazioni sanitarie campane

Abstract

L'obiettivo di questo paper è quello di presentare uno studio empirico utilizzando l'approccio sistemico dell'apprendimento.

Questa ricerca è stata condotta applicando un modello per studiare l'interdipendenza dei fattori che riguardano il trasferimento di conoscenze nelle organizzazioni sanitarie. La domanda di ricerca è scaturita da tre obiettivi. Il primo obiettivo è stato quello di esaminare se e in che misura i partecipanti al master in Direzione delle Organizzazioni e delle Aziende Sanitarie hanno trasferito al loro lavoro le conoscenze e le competenze acquisite al corso di formazione. Il secondo obiettivo è stato quello di studiare i fattori che sostengono e ostacolano il trasferimento di tali competenze da parte dei discenti sul posto di lavoro e, infine, l'ultimo obiettivo è stato quello di studiare i discenti stessi e le relative caratteristiche e di come queste influenzano il trasferimento di competenze.

Dell'attività formativa sono state studiate nel dettaglio la motivazione dei discenti e la metodologia didattica utilizzata e si è giunti alla definizione di trasferimento di competenze dirette ed indirette.

Infine, sono stati esaminati i fattori organizzativi che interessano sia il trasferimento di conoscenze acquisite grazie al corso di formazione che i discenti stessi.

L'autore ha utilizzato 30 interviste in profondità con i discenti delle diverse organizzazioni che hanno partecipato al programma di formazione che si basa su un innovativo esperienziale metodo didattico (problem – based learning) ed anche l'osservazione partecipante.

I risultati rivelano l'importanza delle caratteristiche tirocinanti nel trasferimento di conoscenze ma soprattutto quello del contesto organizzativo di appartenenza.

La ricerca utilizza dati di tipo qualitativo.

L'intervista dei discenti ad un anno dalla fruizione degli eventi formativi, ha rivelato importanti fattori che influenzano il processo di trasferimento di conoscenza.

Keyword

Formazione, i metodi di formazione, trasferimento di conoscenze, problem – based learning, management sanitario.

Sommario: Introduzione – 1. Il contesto della ricerca – 2. Il modello di apprendimento – 3. La metodologia di ricerca – 4. Risultati – Conclusioni.

Introduzione

Il Sistema Sanitario Nazionale, negli ultimi anni, è protagonista di profondi cambiamenti ed innovazioni gestionali, per cui è rende necessario preparare gli attori del cambiamento a ciò.

La letteratura scientifica nazionale ed internazionale riconosce alla formazione il ruolo di leva strategica al fine di aumentare la consapevolezza di tale cambiamento da parte dei soggetti preposti allo stesso. Stavrou et al. (2004) riferiscono che una delle principali sfide che le risorse umane (HR) debbono affrontare a partire dagli anni 90 afferisce alle questioni relative alla formazione e allo sviluppo. L'obiettivo principale della formazione è quello di fornire, ottenere e migliorare le competenze necessarie per aiutare le organizzazioni a raggiungere i loro obiettivi e creare vantaggio competitivo aggiungendo valore alle loro risorse chiave - vale a dire i dipendenti.

Le organizzazioni dovrebbero investire molte risorse per la formazione al fine di mantenere elevate le prestazioni lavorative di tutti i dipendenti.

I partecipanti ad un corso di formazione dovrebbero essere, poi, in grado di trasferire le abilità acquisite al proprio lavoro. Dalla letteratura scientifica sul tema emerge che il 40 per cento delle competenze acquisite durante il processo di formazione vengono immediatamente trasferite al lavoro, il 25 per cento rimane per un periodo di sei mesi e solo il 15 per cento per un anno (Burke e Baldwin, 1999; Fecteau et al., 1995).

Baldwin e Ford (1988) definiscono l'apprendimento attraverso due fattori:

- (1) il mantenimento di nuove conoscenze e competenze nel tempo; e
- (2) creazione di nuove conoscenze e competenze.

Diversi ricercatori hanno segnalato, nel corso degli anni, tassi di fallimento elevati in materia di trasferimento di conoscenze (Anthony e Norton, 1991; Garavaglia, 1993). Il termine "generalizzazione" si riferisce al fatto che il dipendente applica le nuove conoscenze, abilità e comportamenti ad una gamma di differenti situazioni che si verificano al di fuori del programma di formazione (Adams, 1987).

L'obiettivo di questo paper è quello di :

- presentare uno studio empirico sul trasferimento di conoscenza alla propria attività lavorativa da parte dei discenti di un master universitario di secondo livello;
- determinare i fattori che discenti percepiscono come importanti per quanto riguarda il processo di apprendimento.

Di seguito troverà spazio una breve revisione della letteratura per sostenere le variabili indagate per comprendere l'importanza dell'apprendimento e del processo formativo. Sono poi discussi gli

aspetti metodologici della ricerca e i risultati dell'indagine svolta. Infine nella sezione conclusiva trovano luogo le osservazioni finali, le limitazioni e suggerimenti per la ricerca futura.

1. Il contesto della ricerca

Esiste una grande varietà di approcci sia teorici che empirici che affrontano il tema dell'apprendimento utilizzando punti di vista e tecniche di natura differente (Baldwin e Ford, 1988; Geilen, 1996; Huczynski e Lewis, 1980; Kontoghiorghes, 2004). Questi studi distinguono tre categorie di fattori che incidono nel trasferimento delle abilità acquisite attraverso il processo formativo sul posto di lavoro:

- (1) le caratteristiche del discente;
- (2) fattori riguardanti la formazione e la pianificazione del programma di formazione; e
- (3) i fattori organizzativi che influenzano cumulativamente il trasferimento, la formazione e il discente.

Le caratteristiche del discente

La letteratura scientifica ha dimostrato che le caratteristiche della personalità del discente incidono direttamente sul processo di formazione e di apprendimento (Ford et al, 1992; Warr et al, 1999). La capacità della persona di apprendere, sintetizzare, incide anche sulla capacità di trasferire le competenze acquisite al lavoro (Robertson e Downs, 1979). Studi precedenti hanno identificato le seguenti caratteristiche del discente che interessano il trasferimento di formazione:

- la motivazione di apprendere e trasferire le competenze per il lavoro (Facteau et al., 1995; Kontoghiorghes, 2002);
- la percezione delle opportunità di applicare le nuove competenze (Noe, 1986);
- gli obiettivi di carriera personale (Tziner et al., 1991);
- la percezione del discente per quanto riguarda la gestione dei propri obiettivi di carriera attraverso la formazione (utilità professionale), nonché gli obiettivi collegati direttamente al suo lavoro (utilità per il lavoro) (Clark et al., 1993); e
- il contesto organizzativo (Facteau et al, 1995;. Kontoghiorghes, 2002).

La progettazione delle attività formative

Al fine di raggiungere con successo il trasferimento di formazione sul posto di lavoro, il programma di formazione deve essere rilevante per il lavoro (Axtell et al, 1997;. Kontoghiorghes, 2002; Rouiller e Goldstein, 1993) ma ciò non basta. Il discente deve comprendere la relazione tra

formazione e la possibile applicazione di ciò che ha imparato al lavoro (Bates et al., 1997). La progettazione del programma di formazione è molto importante per il successo totale e quindi per il trasferimento di formazione sul lavoro. Gli obiettivi e il grado di formazione, i metodi di formazione, nonché le strutture didattiche sono fattori importanti legati alla progettazione dell'azione formativa. Il formatore stesso deve possedere almeno due caratteristiche essenziali. Prima di tutto deve essere affidabile, e in secondo luogo deve essere efficace. Infine, il contenuto della formazione deve sottolineare sia aspetti teorici che pratici, nonché deve mirare all'acquisizione di conoscenze e competenze (Gauld e Miller, 2004). Una buona combinazione di tutti questi fattori è importante e porta ad un maggiore apprendimento da parte dei discenti.

Le caratteristiche organizzative

Il clima organizzativo risulta essere molto influente relativamente al trasferimento delle abilità apprese da un progetto formativo (Rouiller e Goldstein, 1993; Tracey et al., 1995). Un clima di sostegno aumenta l'adozione di strategie di cambiamento, per effetto della formazione, nonché il cambiamento in generale (Burke e Baldwin, 1999).

Dirigenti e colleghi sono un altro fattore importante menzionato nella letteratura come influente sul processo di trasferimento di abilità acquisite al lavoro (Baldwin e Ford, 1988; Goldstein e Musicante, 1986; Noe e Schmitt, 1986). L'esistenza di attrezzature utilizzate durante il lavoro favorirà maggiormente l'apprendimento⁶⁰.

In base alla cultura organizzativa il dipendente sarà favorito o meno nella sperimentazione sul proprio lavoro di ciò che appreso.

Nelle culture organizzative performance-oriented⁶¹ vi è una maggiore opportunità per i dipendenti di sperimentare e trasferire le conoscenze e competenze acquisite.

La letteratura scientifica finora esposta è quella che si è concentrata sulla determinazione delle caratteristiche del discente e sul clima organizzativo che favoriscono ed influenzano l'apprendimento. Un modello piuttosto recente sviluppato da Kontoghiorghes (2004) propone un approccio sistemico⁶² nelle ricerche sull'apprendimento. Questo modello esamina l'impatto dei

⁶⁰ Goldstein, L. and Musicante, R., "The applicability of a training transfer model to issues concerning rater training", in Locke, E.A. (Ed.), *Generalizing from Laboratory to Field Settings*, Lexington Books, Lexington, MA, 1986, p.76.

⁶¹ Per cultura organizzativa si intende lo schema del modo di pensare, sentire e reagire che esiste in una specifica organizzazione o nelle sue componenti e unità; si tratta di un programma mentale, specifico e unico in un'organizzazione.

La cultura organizzativa ha un'influenza importante sulle performance aziendali. Affinché determini positivamente il successo di un'impresa però, la cultura organizzativa deve essere coerente con la strategia, con la struttura organizzativa e con le condizioni dell'ambiente competitivo (R. Cerica, 2009).

⁶² Il quadro di riferimento epistemologico è la teoria sistemica. La teoria dei sistemi o sistemica, nasce grazie agli studi di Ludwig von Bertalanffy: è un'area di studi interdisciplinari che si occupa della costituzione e delle proprietà di un sistema (insieme di elementi tra di loro in interazione). Bertoldi (1977) sostiene che la teoria dei sistemi "offre preziosi strumenti mentali per affrontare tematiche particolarmente complesse e consente di inquadrare i fenomeni in cui le variabili sono sostanzialmente indefinite ed indefinibili, come accade appunto a livello dei fenomeni educativi". Inoltre "l'approccio sistemico considera come oggetto di studio

fattori organizzativi estranei alla formazione, ma relativi alle prestazioni lavorative. In questo studio si sottolinea il ruolo del discente, le sue caratteristiche e come percepisce la formazione e il trasferimento delle conoscenze acquisite sul luogo di lavoro.

In questo paper viene assunto quale modello di riferimento quello sistemico al fine di esaminare il trasferimento di conoscenza da parte dei discenti rispetto ad un'attività formativa. Si considera quale presupposto che lo studente entra nel processo di formazione avendo specifiche caratteristiche e motivazioni. Durante il processo di formazione, le interazioni complesse tra il docente e i discenti influenzano le caratteristiche degli stessi, le conoscenze, le competenze, le abilità e i risultati dell'apprendimento diretto o indiretto al suo ambiente di lavoro.

Infine, i fattori organizzativi influenzano sia la velocità di apprendimento che le prestazioni di lavoro, nonché l'allievo stesso, formando le condizioni per il trasferimento sul luogo di lavoro delle competenze acquisite.

2. Il modello di apprendimento

Il modello di apprendimento utilizzato in questa ricerca empirica utilizza l'approccio sistemico a livello del discente. Per il modello, il discente è al centro dell'azione formativa. Quindi, per capire il processo di apprendimento è necessario capire tutti i fattori che influenzano i discenti durante l'apprendimento e come gli stessi trasferiscono le abilità acquisite alle proprie mansioni lavorative.

Le caratteristiche del tirocinante, come la sua personalità, la sua capacità di apprendere, i suoi obiettivi personali di apprendimento, il lavoro e l'utilità di carriera, il suo impegno per il lavoro, la sua percezione per l'apprendimento e il suo trasferimento al lavoro sono fattori che incidono sulla motivazione del tirocinante ad imparare, ad apprendere (Burke e Hutchins, 2007; Switzer et al., 2005). Quando l'allievo ha un interesse personale nel programma di formazione, è possibile che si impegni al massimo al fine di acquisire le conoscenze e le competenze che egli stesso considera di maggiore valore.

Inoltre, quando la persona ha fissato degli obiettivi lavorativi o di carriera che vuole realizzare per mezzo della formazione, è più probabile che trasferirà le proprie abilità al lavoro. Secondo Facticeau et al. (1995), vi è una significativa differenziazione nel grado di ciascuno di motivazione, che comprende motivi interni ed esterni oltre che dalle ricompense previste.

il gruppo, in particolare la famiglia, intesa come sistema che ha delle caratteristiche proprie, superando così le visioni precedenti centrate esclusivamente sull'analisi dell'individuo" (Bartolomeo, 2004).

Questa teoria ha dunque come scopo quello di comprendere i vari sistemi, contrapponendosi così ad una metodologia riduzionista (lineare) dove si analizzerebbe unicamente il problema stesso.

L'autore che ha applicato l'approccio sistemico all'apprendimento è Kontoghiorghes. I. Nikandrou, V. Brinia e E. Bereri hanno, successivamente, messo a punto un modello per replicare lo strumento su altri casi di trasferimento delle conoscenze acquisite ad un corso di formazione all'attività lavorativa da parte dei discenti - lavoratori.

Dalla letteratura si evince che risultano essere maggiormente correlate alla capacità di apprendere le motivazioni di carattere personale piuttosto che quelle riferite al contesto.

Al contrario, per la formazione obbligatoria c'è un impatto negativo sulla motivazione della persona ad imparare nonché sul trasferimento effettivo al posto di lavoro.

Diversi sono i fattori che influenzano l'apprendimento, ad esempio il contenuto dell'attività formativa, il docente, i discenti, i metodi di insegnamento e la progettazione dell'attività formativa. Le prime teorie sull'apprendimento⁶³ erano per lo più incentrate sul miglioramento della programmazione delle attività formative e quindi sul contenuto (Huczynski e Lewis, 1980). Complessivamente, queste teorie hanno dimostrato che i metodi utilizzati, la varietà di stimoli relativi alla formazione, nonché l'interazione dei discenti l'uno con l'altro e con il docente possono creare un corretto ambiente che favorisce l'apprendimento. Nell'ambito della formazione aziendale il contenuto del programma formativo può essere correlato al lavoro del discente sia per esigenze lavorative immediate che future (Spitzer, 1984). Più recentemente, Lim e Johnson (2002), hanno affermato che gli obiettivi formativi dovrebbero avere un respiro più ampio rispetto all'attività lavorativa e quindi affrontare questioni più teoriche e concettuali piuttosto che applicazioni pratiche, per poter essere facilmente trasferiti in contesti diversi. Quando l'obiettivo formativo è su competenze lavorative specifiche la strategia formativa deve sottolineare l'applicazione del contenuto della lezione all'attività lavorativa al fine di agevolare l'apprendimento.

Così, il contenuto dell'attività di formazione, gli obiettivi formativi, i metodi didattici, nonché le strutture didattiche sono tutti fattori che influenzano il processo di formazione ed i discenti coinvolti.

L'apprendimento si realizza quando il discente è in grado di applicare direttamente o indirettamente – ad esempio – al contesto lavorativo ciò che ha imparato nell'ambito degli eventi formativi a cui ha partecipato.

L'applicazione “diretta” (verifica dell'apprendimento diretto) al posto di lavoro si ha quando il dipendente formato è in grado di applicare le conoscenze e le competenze acquisite al suo lavoro.

L'apprendimento “indiretto” si ha quando il lavoratore formato assume nuovi atteggiamenti che sono stati sviluppati in un corso di formazione, non come obiettivi principali dell'evento formativo,

⁶³ L'apprendimento è un processo mediante il quale si acquisiscono nuove conoscenze e su cui influiscono diversi aspetti:

- strategie cognitive personali, stili di apprendimento, esperienze individuali e collettive
- fenomeni dell'ambiente circostante, informazioni e stimoli provenienti dalla realtà esterna
- modelli, formalismi, teorie e dinamiche delle agenzie educative
- mezzi di comunicazione e processi che regolano lo scambio delle informazioni

Il processo di costruzione del sistema di conoscenza è determinato, per ogni individuo, dall'intreccio fra componenti intuitive, quantitative e qualitative, sotto l'influenza di condizionamenti sociali, culturali ed emotivi.

L'apprendimento è una struttura dinamica, che segue percorsi non lineari e non sequenziali che si può studiare efficacemente con un approccio multidisciplinare: nell'ambito delle scienze cognitive sono stati elaborati diversi modelli parziali.

Tra le principali teorie dell'apprendimento si annoverano le teorie comportamentiste, le cognitiviste e le costruttiviste.

ma come un risultato delle interazioni e dei metodi utilizzati. Risultano essere effetti dell'apprendimento indiretto una migliore capacità di lavorare in gruppo, una maggiore fiducia in se stessi nei confronti del proprio lavoro, una maggiore autostima, una maggiore responsabilità, affidabilità, puntualità, etc., che si sviluppano grazie alla formazione e che possono contribuire a migliorare le prestazioni lavorative (Baldwin e Ford, 1988).

Infine, il discente che ha acquisito delle nuove conoscenze ha un'influenza – diretta o indiretta - sull'organizzazione per cui lavora. La sua preparazione può contribuire ad una nuova progettazione organizzativa dal momento che il discente può divenire maggiormente autonomo nella conduzione delle proprie attività lavorative. Inoltre, egli può contribuire alla gestione della qualità e dell'apprendimento sul posto di lavoro. Kontoghiorghes (2004) ha esaminato l'influenza di fattori organizzativi sulla motivazione ad imparare ed apprendere, oltre che sulle prestazioni individuali e / o organizzative.

In questa ricerca viene esaminato se e come il discente che ha acquisito nuove conoscenze partecipando ad un corso di formazione può influenzare il contesto organizzativo attraverso il trasferimento di competenze al sul posto di lavoro. E quindi se può esistere un rapporto di reciprocità tra il discente e l'organizzazione.

3. La metodologia di ricerca

Questa ricerca è stata condotta con l'obiettivo di applicare un modello (Fig. 1) per studiare l'interdipendenza dei fattori che riguardano il trasferimento di conoscenze nelle organizzazioni sanitarie. La domanda di ricerca è scaturita da tre obiettivi. Il primo obiettivo è stato quello di esaminare se e in che misura i partecipanti al master in Direzione delle Organizzazioni e delle Aziende Sanitarie hanno trasferito al loro lavoro le conoscenze e le competenze acquisite al corso di formazione. Il secondo obiettivo è stato quello di studiare i fattori che sostengono e ostacolano il trasferimento di tali competenze da parte dei discenti sul posto di lavoro ed, infine, l'ultimo obiettivo è stato quello di studiare i discenti stessi e le proprie caratteristiche e di come queste influenzano il trasferimento di competenze.

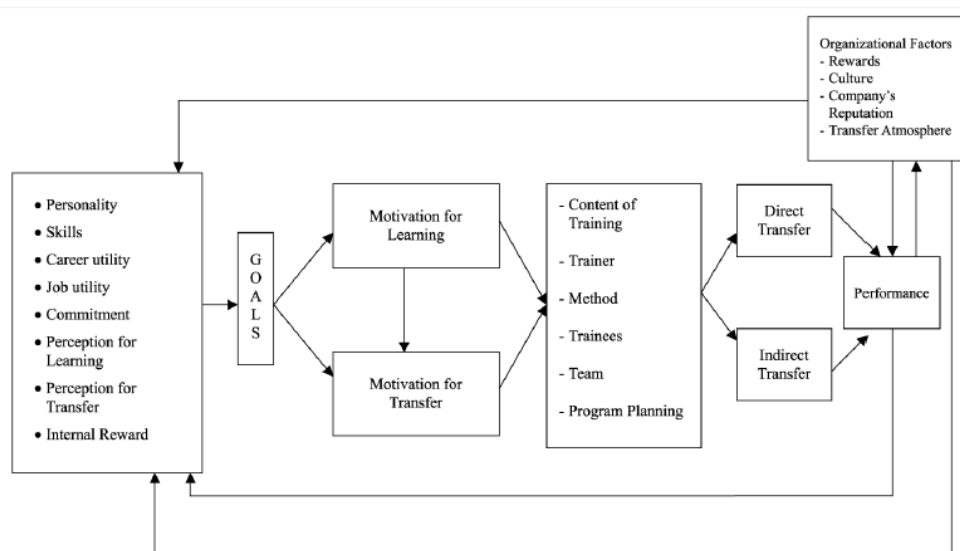


Fig. 1 Modello sistemico del trasferimento di conoscenze all'attività lavorativa elaborato da I. Nikandrou, V. Brinia e E. Bereri

Per rispondere alle domande di ricerca lo studio è stato condotto sui partecipanti (lavoratori) al Master in Direzione delle Organizzazioni Sanitarie – VII Edizione – presso l'Università di Salerno. La scelta è ricaduta su questo master dal momento che lo stesso presenta un'articolazione dell'offerta formativa che rispecchia molto quella definita dall'accordo Stato–Regioni–Province Autonome del 10 luglio 2003⁶⁴.

Lo stesso risulta essere maggiormente significativo in una regione come la Campania in cui, ad oggi, non sono ancora stati attivati i corsi di formazione manageriale per i dirigenti che aspirano alla carriera di direttore generale e per i dirigenti di unità complesse, così come previsto dal dettato normativo⁶⁵.

Il master DAOSan che ad oggi vanta ben 10 edizioni è l'unico Master Campano in formazione manageriale sanitaria promosso dall'Università di Salerno in partnership con altri enti quali

⁶⁴ La formazione manageriale destinata ai manager e ai dirigenti apicali delle Aziende Sanitarie, è espressamente prevista dal D.Lgs. n. 502/92 come modificato dal D.Lgs. n. 229/99 e dal D.P.R. n.484/97.

L'art. 3 bis comma 4 del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni prevede che "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 ed attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale ed 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."

Inoltre agli art. 15 e 16 quinquies lo stesso d.lgs. individua, la formazione manageriale anche quale requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi di direzione delle strutture complesse prevedendo che il certificato di formazione manageriale debba essere conseguito entro un anno dall'inizio dell'incarico, e che siano le Regioni responsabili dell'organizzazione e dell'attivazione di tali corsi.

Successivamente, con decreto ministeriale del 1 agosto 2000 "Disciplina dei corsi di formazione dei direttori generali delle aziende sanitarie", sono state definite le linee guida per la realizzazione dei corsi di formazione diretti a coloro i quali aspirano all'incarico di Direttore Generale previa iscrizione all'Albo.

L'accordo Stato–Regioni–Province Autonome, firmato il 10 luglio 2003 definisce i requisiti dei corsi di formazione manageriali rivolti al personale sanitario e individua le condizioni che devono essere garantite affinché l'attestato sia riconosciuto valido.

⁶⁵ Per approfondire si veda il D.lgs 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 42".

l'Università di Napoli Federico II, l'Università del Sannio e l'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Campania (ArSan).

La mission del master DAOSan è quella di promuovere e diffondere concetti e strumenti di management sanitario superando il managerialismo positivista, recuperando la centralità dell'uomo con una visione dinamica ed utilizzando concetti e strumenti proposti dalla scienza dei sistemi complessi⁶⁶.

La ricerca empirica si è focalizzata sullo studio dei discenti lavoratori i quali rappresentano circa il 90% del totale dei discenti componenti l'aula della VII edizione del Master. Le organizzazioni in cui lavorano sono organizzazioni sanitarie della Regione Campania e della Regione Puglia, così come visibile graficamente nella fig. 2.

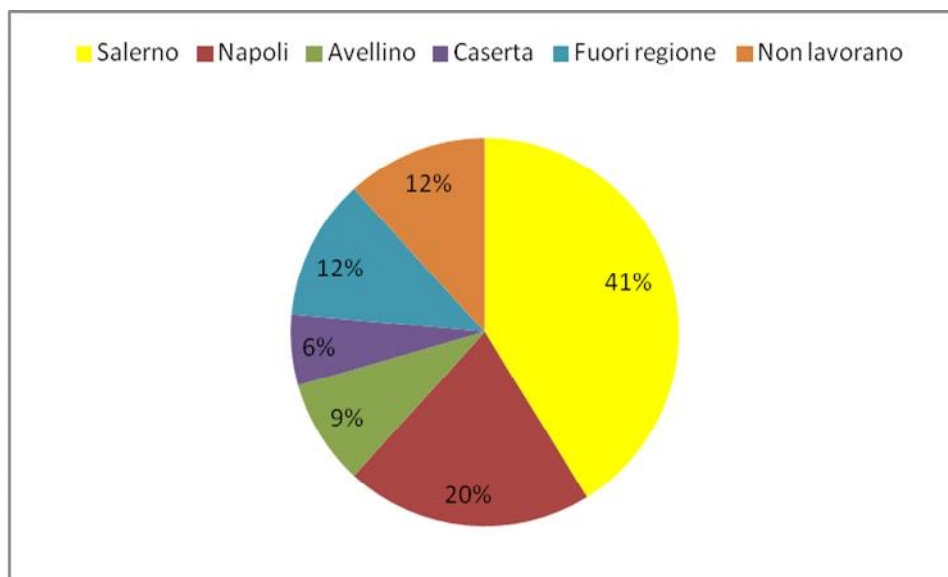


Fig. 2 distribuzione geografica delle organizzazioni sanitarie in cui lavorano i discenti della VII ed. del Master DAOSan

Questo mi ha dato l'opportunità di esaminare contemporaneamente come l'organizzazione e fattori personali influenzano il trasferimento di conoscenze in organizzazioni differenti.

Un metodo di formazione esperienziale, noto come problem based learning, è stato utilizzato nel caso di studio.

Il PBL venne sviluppato alla fine degli anni sessanta dal Dr. H. Barrows (Barrows e Tamblyn 1980) all'Università canadese Mc Master (Hamilton, Ontario) per migliorare le capacità applicative delle nuove conoscenze apprese. Lo stesso autore definì il PBL come "l'apprendimento che viene generato dal processo di lavorare alla comprensione od alla soluzione di un problema. Il problema si presenta all'inizio del processo di apprendimento" (Barrows e Tamblin, 1980). Il "problema" viene,

⁶⁶ Adinolfi P., Piscopo G., L'innovazione gestionale nelle organizzazioni sanitarie: contributi ed esperienze, Aracne editrice, Roma, 2012, p.27.

dunque, presentato prima di fornire qualsiasi contributo conoscitivo o pratico (lezione, esercitazione, lettura) agli studenti. Il problema, materiale didattico fondamentale del PBL, viene definito come “Una descrizione più o meno neutrale di fenomeni o eventi interrelati che necessitano di una spiegazione”⁶⁷.

Per descrivere i tratti salienti di tale metodologia didattica si può ricorrere ai requisiti che Cartabellotta⁶⁸ ha elencato per descrivere una formazione “motivante” e, in particolare:

- Essere rilevante: i problemi sono rilevanti e pertinenti al contesto di pratica professionale del discente;
- Essere basata su esperienze: il PBL obbliga, come fase strutturale del metodo, i professionisti a scambiarsi le esperienze e conoscenze esistenti nel gruppo. Questo scambio valorizza e mette in condivisione una mole di esperienze che, molto difficilmente, possono essere riportate da uno o più docenti come generalmente avviene utilizzando metodi di formazione passivi;
- Attivare il discente: nel PBL il discente è in larga parte responsabile del proprio processo di apprendimento: è infatti richiesto di riportare le proprie esperienze e conoscenze, proporre ipotesi sulle cause e origini dei problemi sotto studio, definire i propri obiettivi di apprendimento, andare a cercare le risposte, applicare le nuove conoscenze al problema e presentare, difendere, integrare la propria soluzione applicativa con gli altri discenti;
- Essere basata su problemi: questo requisito è assolto “per definizione” stessa del metodo. Il problema permette di integrare diverse discipline con il fine applicativo di identificare una soluzione appropriata. Il problema replica la realtà complessa della sanità (dal singolo caso medico alle problematiche di sanità pubblica e di gestione dei servizi) non sempre riconducibile, spiegabile e risolvibile con il riferimento a singole discipline;
- Permettere di applicare quanto appreso: il metodo obbliga a un tentativo applicativo nel richiedere una soluzione o spiegazione del problema.

Il discente non “recita” sterilmente le nuove conoscenze acquisite, ma, nei limiti di una simulazione, le “applica” al problema sotto studio.

Il corso di formazione di è svolto da marzo 2012 ad aprile 2013 e ha avuto luogo presso le aule dell’Università degli Studi di Salerno.

⁶⁷ De Virgilio G., Problem - based Learning: un nuovo metodo per la formazione dell’adulto in Sanità, FOR, Rivista per la formazione, n. 61, 2004.

⁶⁸ L’autore ha espresso il proprio contributo in Pressato L. et al., L’Educazione Continua in Medicina: una guida per medici, operatori e dirigenti della sanità, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.

Va sottolineato che l'oggetto della formazione si riferisce ad un interesse vero dei discenti infatti gli stessi scelgono in maniera del tutto volontaria di parteciparvi. Gli stessi prima di prendere parte alle lezioni devono partecipare anche ad un processo di selezione dal momento che la numerosità dell'aula non può superare i 40 partecipanti.

Tale ricerca empirica è stata condotta in maniera complessiva su tutti i moduli formativi previsti dal piano didattico del Master DAOSan.

Il DAOSan è un master universitario di II livello che attribuisce 60 Crediti Formativi Universitari (CFU) e si articola in un percorso modulare ed integrato di 1500 ore di formazione, strutturato per facilitare la frequenza dei discenti fuori sede e/o lavoratori:

- 700 ore di didattica, di cui 400 d'aula e 300 di e-learning (a scelta tra oltre 200 corsi FAD);
- 800 ore tra stage, studio individuale guidato e project work.

Ai discenti è, inoltre, offerta la possibilità di scegliere tra due modalità di partecipazione:

- il tempo pieno, che ha la durata di un anno accademico
- il tempo parziale, che consente di distribuire tutte le attività in due anni accademici.

Il percorso formativo del Master DAOSan prevede dei precorsi (Elementi di economia aziendale, Elementi di diritto, Informatica e sistemi informativi per un totale di 60 ore) volti ad uniformare le conoscenze dei discenti), dei corsi fondamentali e degli indirizzi specialistici⁶⁹.

In particolare i corsi fondamentali forniscono le conoscenze caratterizzanti del percorso di studio. Il corso affronta, con taglio innovativo, i temi classici del management: dalla contabilità all'organizzazione e gestione delle risorse umane, dal project management alla strategia, dalla programmazione e controllo al marketing e comunicazione, dall'accreditamento al change management e offre altresì un percorso di apprendimento interdisciplinare, dando rilievo a tematiche quali bioetica e filosofia nonché agli aspetti normativo-contrattuali (quadro legislativo nazionale e regionale, rapporto di lavoro, procedimento amministrativo) e tecnico-specialistici (technology assessment, certificazione, sistemi informativi sanitari).

I moduli didattici previsti per la VII edizione del Master sono stati i seguenti:

- Sistemi sanitari: modelli, regole e strategie
- Marketing, comunicazione e sistemi informativi nelle aziende sanitarie
- Organizzazione e Gestione delle risorse umane nelle aziende sanitarie
- Contabilità e controllo di gestione nelle aziende sanitarie

I corsi specialistici ripartiti in tre indirizzi – Amministrativo, Sanitario, Sicurezza e Sanità elettronica – consentono, infine, l'approfondimento di tematiche elettive⁷⁰.

⁶⁹ www.daosan.it/

Al termine del master DAOSan è previsto un colloquio finale da parte dei discenti. Questo è preceduto da un stage formativo presso enti, istituzioni o strutture sanitarie pubbliche e private ed è realizzato su progetti di natura innovativa per la gestione delle organizzazioni sanitarie. Durante il periodo di stage i discenti elaborano un project work con l'auto di un tutor universitario che rappresenta oggetto di discussione finale dinnanzi ad un'apposita Commissione.

Come già ricordato in precedenza per ciò che concerne la metodologia didattica utilizzata, il master adotta l'impostazione del problem-based learning, e questo pone lo stesso all'avanguardia nel campo delle metodologie didattiche per l'apprendimento per adulti e lo inserisce in una sperimentazione dell'Istituto Superiore della Sanità, in un circuito che comprende Università prestigiose come Harvard e Mc Gill University.

A tal proposito la professoressa Paola Adinolfi, direttore del Master DAOSan sin dalla sua istituzione, ha affermato che *"I discenti, accolti nelle diverse strutture aziendali, hanno mostrato di riuscire applicare le conoscenze e le tecniche acquisite in aula, producendo innovazione e ponendo in molti casi le basi per una collaborazione più stabile e duratura"*⁷¹.

Con l'osservazione partecipante⁷² ho potuto riscontrare l'applicazione pratica della metodologia ed aver un riscontro immediato delle reazioni dei discenti.

Nel PBL il discente è da subito il principale responsabile del processo di apprendimento: lavorando al problema in un piccolo gruppo (6-8 discenti e un facilitatore) deve infatti esplicitare quanto già conosce sul problema, quali esperienze abbia già maturato su di esso e individuare che cosa debba studiare ex-novo per risolvere o spiegare il problema (formulazione degli obiettivi di apprendimento). Queste attività sono comprese, per ogni singolo problema, in un primo lavoro di gruppo (in genere della durata di una o due ore). Stabilito quanto sia necessario studiare, si chiude il lavoro di gruppo e i discenti ricercano individualmente le risorse utili al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tali risorse possono comprendere: la lezione frontale, la consultazione di letteratura scientifica, la consultazione di un esperto, esercitazioni, simulazioni e altre risorse di apprendimento. A questa fase di studio, che varia da poche ore a qualche giorno in base alla complessità del problema, segue un secondo e ultimo lavoro di gruppo dove ogni studente, alla luce delle nuove conoscenze acquisite, riporta nel gruppo la propria soluzione.

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ R. Mele, P. Adinolfi, L'innovazione gestionale in sanità: l'esperienza del Master DAOSan, Università degli Studi di Salerno, Cirpa, 2006, p. 40.

⁷² L'osservazione partecipante è una strategia di ricerca nella quale il ricercatore si inserisce in maniera diretta e per un periodo di tempo relativamente lungo in un determinato gruppo sociale preso nel suo ambiente naturale, instaurando un rapporto di interazione personale con i suoi membri allo scopo di descriverne le azioni e di comprenderne, mediante un processo di immedesimazione, le motivazioni. (Corbetta, 1999, 368).

Questo metodo è stato reso celebre da Bronislaw Malinowski ed è divenuto fondamentale per le scienze etnoantropologiche.

Il gruppo si confronta sulle soluzioni proposte individualmente integrandole in una soluzione condivisa e valutandone la qualità complessiva. Qui si chiude un ciclo di apprendimento PBL. Tale ciclo può essere generalmente “percorso” nello spazio di un giorno di studio fino a una settimana ed oltre in relazione alla complessità del problema. I due lavori di gruppo appena descritti avvengono sempre sotto la guida di un Facilitatore appositamente formato. Le fasi classiche del ciclo di studio PBL appena descritte, sono riportate in fig. 2.

1. Chiarire i termini
2. Definire il problema
3. Analizzare il problema
4. Sistematizzare le ipotesi del gruppo
5. Formulare obiettivi di apprendimento
6. Studio e lavoro individuale
7. Soluzione/comprendimento del problema

Fig. 2 Le fasi “classiche” del PBL

Le attività da 1 a 5 si svolgono nel primo lavoro di gruppo e l’attività 7 costituisce il secondo lavoro di gruppo.

Nel caso di specie le fasi del PBL si sono avute per ogni singolo modulo del percorso formativo previsto dal Master DAOSan.

Schmidt (1989) ricorda come il PBL soddisfi tre principi riconosciuti essenziali per un apprendimento efficace dell’adulto. Per apprendimento efficace si intende una memoria prolungata nel tempo di quanto appreso e la facilità di “ripescare” dalla propria memoria le conoscenze utili a esprimere una competenza specifica, quando necessaria.

Il primo dei tre principi consiste nell’attivare le conoscenze che il discente già possiede in vario grado su una certa tematica: con questo artificio vengono richiamati alla memoria gli “schemi mentali”, le “mappe concettuali” presenti nella propria memoria. Sarà allora più facile arricchire quanto già si sa con l’aggiunta di nuovi saperi e/o modificare opportunamente concetti scorretti. Nel PBL questo richiamo avviene nella prima riunione di gruppo dove a ciascun discente è richiesto di condividere con il gruppo quanto già conosce o ha personalmente esperito sul problema sotto studio.

Il secondo principio richiede di contestualizzare il momento formativo coerentemente alla realtà professionale del discente.

Il terzo principio consiste nell'attività di "elaborazione" delle conoscenze: discutere in gruppo, difendere una propria interpretazione, spiegarla ad altri, produrre un riassunto scritto sono tutte attività di elaborazione, tipiche della didattica attiva e che costituiscono parte integrante del PBL specialmente nel secondo lavoro di gruppo.

Per effettuare una valutazione dell'attività formativa fruita da parte dei discenti e per comprendere come gli stessi abbiano implementato le nuove competenze acquisite nelle organizzazioni presso cui lavorano (e quindi capire l'innovazione organizzativa apportata) a distanza di un anno si è provveduto a contattare i discenti lavoratori per sottoporli delle interviste telefoniche semi strutturate.

E' stato preso in considerazione questo periodo di tempo necessario per lo scopo di ricerca, al fine di rendere discenti in grado di valutare la formazione acquisita e l'eventuale trasferimento di conoscenze. Così, sono state condotte approfondite interviste personali e le risposte sono state utilizzate per indagare attraverso l'utilizzo dei principi di statistica descrittiva le percezioni degli allievi per quanto riguarda il trasferimento delle nuove conoscenze, abilità e attitudini acquisite durante il master presso le proprie mansioni lavorative, i fattori che hanno influenzato il trasferimento di conoscenza e le caratteristiche personali dei tirocinanti e come questi risentono del trasferimento.

4. Risultati

A) La motivazione della partecipazione all'attività formativa e l'atteggiamento iniziale dei discenti

Per valutare complessivamente gli effetti della formazione percepiti dai discenti si è provveduto, in primis, ad indagare le motivazioni personali che hanno condotto i discenti ad iscriversi ad un master universitario.

I discenti hanno espresso le ragioni che li avevano spinti a partecipare afferivano alla posizione lavorativa ricoperta oltre che ad un bisogno personale. In termini percentuali il 80% dei discenti ha scelto il master per esigenze personali, il che indica una forte motivazione a partecipare attivamente al processo formativo.

B) Fattori relativi alle caratteristiche personali dei discenti

La maggior parte dei discenti ha dichiarato di aver partecipato al master, perché sono consapevoli del fatto che *"la conoscenza è un'arma vincente e che non è mai sprecata"*. Quest'affermazione riflette la percezione dei discenti rispetto al tema dell'apprendimento. Un'altra dichiarazione che rivela la percezione dei discenti è che *"conoscere la teoria del management può essere utile anche nella conduzione della vita quotidiana"*. Inoltre, hanno accennato a motivi legati alla propria crescita personale. Ad esempio un partecipante ha dichiarato che *"la conoscenza diventa obsoleta con il passare del tempo ed è necessario rinfrescarla di tanto in tanto"*, mentre un altro ha dichiarato che partecipava al master *"puramente per arricchimento personale; non ha nulla a che fare con il mio lavoro"*. Invece, un altro partecipante ha espresso di voler applicare le competenze di management alle proprie mansioni lavorative. La metà dei partecipanti ritiene che la ricompensa di partecipare ad un corso di formazione è quella di ottenere una maggiore sicurezza di se rispetto alla propria attività lavorativa. Anche lo sviluppo di relazioni sociali e il miglioramento della comunicazione sono stati menzionati dai discenti quali cause che li hanno portato a scegliere di fruire di un master universitario.

Altri fattori che sono stati dichiarati rilevanti sono:

- "Utilità per la carriera", ciò vuol dire che la formazione può essere utile per la carriera professionale, e questo è infatti uno dei fattori che incide sulla decisione di partecipare o meno ad un corso di formazione. Per cui i lavoratori intervistati hanno risposto che partecipavano al master per poter essere pronti ad affrontare qualsiasi tipo di lavoro visto che ognuno di loro ha risposto di ambire a mansioni più impegnative di quelle attuali, anche al fine di poter sostenere un cambiamento organizzativo, peraltro già in atto nel panorama sanitario.
- "Utilità per il lavoro" che è il grado in cui la formazione può essere utile in termini di prestazioni lavorative, nel caso di specie, tale aspetto sembra influire di meno sulla motivazione iniziale a partecipare ad un corso di formazione. Una parte significativa dei partecipanti ha espresso il loro iniziale interesse a partecipare alla formazione al fine di acquisire conoscenze e competenze che potessero aiutarli nello svolgimento del proprio lavoro. Indipendentemente dalla motivazione iniziale dei discenti di partecipare al master, la maggior parte dei partecipanti aveva aspettative positive per quanto riguarda trasferimento di competenze al posto di lavoro. Queste aspettative hanno garantito un coinvolgimento attivo nel processo di formazione del discente. Infatti, in aula, i discenti pensavano già a come avrebbero potuto applicare ciò che stavano imparando al proprio lavoro. Erano interessati a migliorare se stessi al lavoro, ad arricchire il loro lavoro, suggerendo nuovi

modalità operative, a far sentire la propria voce nella società e ottenere credito per acquisire conoscenze e competenze utili.

Un numero modesto di partecipanti ha detto che aveva deciso di partecipare al master a causa del proprio basso livello di soddisfazione al lavoro, gli stessi dichiaravano di voler arricchire le proprie competenze e conoscenze, al fine di trovare un nuovo lavoro. Così, la formazione è stata considerata una significativa alternativa per la crescita personale, la soddisfazione e un'opportunità per le prospettive di carriera. Alcuni di quei partecipanti, inoltre hanno detto che stavano pensando di avviare un'attività in proprio e, pertanto, gli obiettivi formativi del master sarebbero stati direttamente utili per loro.

In conclusione si è potuto constatare che la motivazione iniziale a partecipare ad un master universitario afferisce in maniera prevalente ad esigenze di carattere personale, vale a dire rappresenta un'opportunità per migliorare le proprie prestazioni lavorative.

C) Il processo di formazione

Come è già stato accennato, uno dei motivi per la selezione del programma di formazione specifica per questo paper è stata la metodologia didattica utilizzata. La seconda parte delle interviste, è stata, infatti, finalizzata ad esplorare l'impatto del metodo di formazione ai fini dell'apprendimento.

In primo luogo, è stato esaminato come i discenti hanno valutato il metodo del PBL rispetto ad altre metodologie didattiche utilizzate in precedenza in altri programmi di formazione, secondariamente è stato esaminato se questo particolare metodo li ha aiutati più di altre metodologie al trasferimento di conoscenze e competenze per lavorare; e terzo, la differenza rispetto ad altri metodi.

Tutte le persone intervistate avevano già partecipato ad altri programmi di formazione, ma non hanno avuto molta esperienza in metodi di formazione esperienziale. La maggioranza delle risposte per quanto riguarda la soddisfazione per il metodo del PBL sono state estremamente positive. Dei 30 partecipanti che hanno risposto positivamente, 28 pensano che questo sia il miglior metodo di formazione che avevano vissuto. Più in particolare, hanno detto che con questo metodo si ha la possibilità di progettare la propria formazione basata sulle preferenze di apprendimento, e scoprire i propri punti deboli e di forza per quanto riguarda l'apprendimento. I discenti quando hanno presentato i propri risultati all'aula, le questioni sollevate e le interazioni hanno avuto un feedback immediato sul loro lavoro. Inoltre, hanno detto che durante la loro formazione hanno apprezzato molto l'opportunità di applicare la teoria ad una situazione propria del mondo reale. Hanno sostenuto che, quando le condizioni organizzative sono tali da favorire la formazione, questo metodo consente il trasferimento di conoscenze più di qualsiasi altro metodo. Essi hanno anche sottolineato che le conoscenze e le competenze acquisite con il PBL saranno mantenute grazie alla

natura esperienziale della formazione. "Questo accade raramente con altri metodi di allenamento ", hanno spiegato.

Solo poche persone hanno menzionato che le richieste di formazione sono state a volte estenuanti in termini di tempo. Tuttavia, un anno dopo si sono resi conto che questo era quello di cui hanno beneficiato significativamente.

D) Trasferimento diretto

Nelle interviste effettuate ad un anno di distanza dal percorso formativo, quasi tutti i discenti i hanno espresso la propria delusione perché non sono riusciti a trasferire la formazione egregiamente acquisita al lavoro. Al contrario delle aspettative, dal momento che i partecipanti al master avevano affermato che durante l'attività formativa pensavano di applicare le nuove conoscenze al proprio lavoro. In effetti solo una piccola percentuale quasi nulla è riuscita nei propri intenti. Anche i discenti che avevano affermato di voler applicare le proprie nuove abilità a nuovi lavori non li hanno mai intrapresi. In questi casi, la motivazione iniziale di imparare dei discenti era alta, ma il trasferimento diretto non è stato realizzato a causa di barriere personali e organizzative (le organizzazioni per cui lavorano prevedono ancora una forte gerarchizzazione dei ruoli). Ci sono delle eccezioni, vale a dire il 20% dei discenti hanno dichiarato di aver trasferito quasi tutto ciò che avevano imparato al lavoro e sono quindi riusciti ad influenzare positivamente il proprio ambiente lavorativo. Tali discenti sono, inoltre, riusciti, a ottenere una ricompensa in termini di avanzamento di carriera sebbene il periodo storico vissuto, in questi anni, dalle organizzazioni sanitarie noi sia quello più florido.

I discenti che non sono riusciti ad applicare le proprie nuove conoscenze al lavoro hanno tutti colpevolizzato la forte gerarchizzazione presente nelle organizzazioni per cui lavorano. Gli stessi si sono scontrati con una cultura organizzativa molto rigida e, di fatto, poco attenta alle ambizioni personali e lavorative dei propri attori del cambiamento.

E) Trasferimento indiretto

Sebbene la maggior parte dei discenti del master ha dichiarato di non aver potuto trasferire direttamente alle proprie mansioni lavorative le nuove competenze acquisite nel corso delle attività formative, gli stessi hanno comunque beneficiato di un trasferimento di tipo indiretto che afferisce al nuovo atteggiamento nei confronti del proprio lavoro.

Tali affermazioni afferiscono alla maggiore professionalità, coerenza e attenzione nello svolgere le mansioni lavorative. I discenti, infatti, hanno affermato di sentirsi in grado di intraprendere un progetto e portarlo a termine dall'inizio alla fine, grazie al PBL in cui hanno sperimentato tali questioni. Inoltre, hanno acquisito una maggiore abilità a lavorare in team, dal momento che hanno imparato a fare squadra con i propri colleghi.

Tali comportamenti dei discenti derivano, sia dal contenuto della formazione ma soprattutto dal metodo didattico utilizzato ai fini dell'apprendimento. Grazie alla natura esperienziale della formazione i discenti sono venuti in contatto con problemi pratici, e hanno potuto conoscere meglio se stessi, i propri punti di forza e di debolezza. Hanno sviluppato competenze personali utili per le prestazioni lavorative.

F) Fattori organizzativi

Per i discenti che non sono riusciti ad applicare a lavoro ciò che hanno imparato la causa principale è rinvenibile nei fattori organizzativi.

La cultura della formazione organizzativa, vale a dire il valore riconosciuto alla formazione da parte dell'azienda, è risultato essere un problema comune alle differenti organizzazioni sanitarie in cui i discenti prestavano (e prestano) la propria attività lavorativa.

Qui, alcuni esempi delle interviste vengono forniti per sostenere questa ipotesi.

Uno dei partecipanti ha dichiarato:

“L'azienda enfatizza il tema dell'apprendimento...sono soprattutto i manager che vogliono che i funzionari frequentino programmi di formazione. tuttavia quando si ritorna a lavoro, il loro atteggiamento non cambia dal momento che si continua a lavorare con i manager che prendono tutte le decisioni e gli altri che eseguono...”

Un altro partecipante detto:

“non vogliono nemmeno ascoltare il nostro parere, i dirigenti apicali non hanno interesse ad applicare quello che stiamo imparando. non ci danno questa opportunità in ogni caso..”

Infine, un altro ha detto:

“decidono sempre gli stessi, preferiscono sbagliare che ascoltare il nostro parere..”

In tutti questi casi, è evidente l'assenza di cultura della formazione. Per queste aziende la formazione è vista esclusivamente come un “obbligo”, un investimento senza ritorno, che i dipendenti devono assolvere.

Se la formazione non è implementata con gli obiettivi aziendali rappresenta uno spreco di tempo e denaro. Se la cultura organizzativa non ha fiducia nella formazione teoria e pratica resteranno sempre due mondi a se stanti.

Molti discenti hanno puntualizzato il ruolo deciso dei propri manager nel trasferimento delle nuove competenze acquisite nel percorso formativo, dichiarando:

"Il mio manager:

- *non accetta le opinioni degli altri*
- *vuole solo esecutori di mansioni lavorative*
- *non riesce a comprendere l'importanza della formazione*
- *è anziano e non capisce le esigenze di formazione dei dipendenti*
- *non vuole che i suoi subordinati sappiano più di lui*
- *ha paura di poter perdere la sua posizione visto che e fra tre anni andrà in pensione"*

Tale atteggiamento, diffuso nella cultura organizzativa odierna, comporta differenti implicazioni negative per la società. Un tale atteggiamento ha implicazioni sul clima organizzativo, i dipendenti sentono che non sono valutati per quello che fanno. Inoltre, i dipendenti si sentono traditi perché vedono la formazione come un'obbligazione da assolvere e vedono che a lavoro risulta essere negata la possibilità di esercitare la nuova conoscenza e capacità e dimostrare il proprio valore.

Un'altra conseguenza è l'atteggiamento con cui i dipendenti intraprenderanno gli altri eventi formativi successivi, questo sarà un atteggiamento già sfiduciato in partenza e la propria motivazione ad apprendere diminuirà drasticamente.

Ciò è in linea con altre ricerche che hanno dimostrato che i lavoratori considerano importante la formazione in quanto tale oltre che per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

E' stato inoltre osservato come i lavoratori con più anni di esperienza lavorativa abbiano valutato in maniera meno positiva il master universitario rispetto a lavoratori più giovani.

Conclusioni

In questo paper è stato presentato un modello sistemico riferito al tema dell'apprendimento inteso come il trasferimento delle conoscenze acquisite in un master universitario al lavoro da parte del discente - fruitore. E 'stata condotta un'analisi su come il discente entra nel processo di formazione e sulla formazione stessa. Il risultato della formazione è poi stato valutato in termini di cosa il discente è riuscito ad applicare praticamente al proprio lavoro e quali sono stati i fattori che hanno influenzato l'apprendimento ed il trasferimento. Nello specifico, è stato studiato il processo di trasferimento di conoscenze su 30 persone provenienti da diverse organizzazioni sanitarie che

hanno volontariamente intrapreso un corso di formazione manageriale in sanità. Il master in Direzione aziendale delle organizzazioni sanitarie adotta un'innovativa metodologia didattica, il problem – based learning (PBL), una metodologia esperienziale che si basa su interessi ed esigenze dei partecipanti. I discenti rappresentano i protagonisti dell'evento formativo dal momento che sono loro che trovando delle soluzioni al problema presentato dal docente tracciano i confini della lezione.

Sebbene i risultati di questo studio non siano generalizzabili, sono molto interessanti visto che forniscono utili intuizioni del processo e dei fattori che influenzano la formazione.

Uno dei risultati più importanti è rappresentato dall'impatto significativo delle aspettative iniziali dei discenti per quanto riguarda il trasferimento delle conoscenze al lavoro,

Il 30% degli intervistati ha partecipato al master con l'obiettivo di sviluppare le proprie competenze e conoscenze per essere preparati al meglio per il proprio lavoro, quindi per migliorare e stessi e la propria posizione attuale. In questi termini poteva essere prevedibile che il trasferimento di conoscenze al lavoro attuale sarebbe potuto essere limitato, e così è stato. Inoltre, è risultato decisivo conoscere le percezioni di un discente relative all' opportunità di applicare le sue nuove competenze.

I discenti coscienti di non avere alcuna possibilità di applicare le loro nuove competenze non hanno trasferito le stesse al lavoro.

Questo è in linea con le precedenti ricerche, che hanno sottolineato che le aspettative di formazione e la definizione degli obiettivi in base alle esigenze in formazione sono fattori importanti per l'efficacia della formazione e per il trasferimento di conoscenze (Latham e Frayne, 1989; Wexley e Baldwin, 1986).

Con tale ricerca è stato inoltre evidenziato che, sebbene le persone prevedono che le conoscenze e le competenze da acquisire in un corso di formazione siano irrilevanti per il proprio lavoro (utilità di lavoro), preferiscono parteciparvi perché sono consapevoli che potrebbero essere utili nella loro carriera in generale (utilità di carriera).

E' stato quindi dimostrato come l'effetto del fattore utilità di carriera è molto più importante dell'effetto utilità per il lavoro nella motivazione ad intraprendere un corso di formazione da parte di adulti lavoratori, e che entrambi i fattori sono indipendenti l'uno dall'altro. Ciò è in linea con la ricerca di Clark et al. (1993), che sostengono che quando i discenti percepiscono che la formazione è utile per i loro obiettivi di carriera sono maggiormente motivati a trasferire le conoscenze al proprio lavoro.

Inoltre, l'impatto della "motivazione ad apprendere" e gli obiettivi dei discenti sono significativi ed anche correlati. Tuttavia, quello che emerge da questa ricerca è che sebbene il discente sia

fortemente motivato ad imparare ciò non significa che lo stesso riuscirà a trasferire ciò che ha imparato al proprio lavoro. Il discente deve avere anche la “motivazione a trasferire” ciò che ha imparato al proprio lavoro.

Ai casi in cui anche la motivazione ad imparare non è stata altissima è corrisposta una totale mancanza di motivazione a trasferire le conoscenze al proprio lavoro.

Ciò è in contrasto con precedente ricerca a sostegno di una relazione positiva tra l'apprendimento e il trasferimento (Holton,1996).

Inoltre, è stato dimostrato come la persona che prende la decisione di partecipare a un programma di formazione rappresenta un fattore importante nel processo di apprendimento.

Nel caso di specie non sono state le organizzazioni ad organizzare il corso di formazione per i propri dipendenti ma sono stati gli adulti lavoratori a decidere volontariamente di partecipare ad un master universitario, quindi, la motivazione ad apprendere è stata superiore.

Tuttavia, non ho avuto l'opportunità di esaminare in modo approfondito l'influenza di fattori organizzativi nella motivazione ad apprendere.

Tanto la progettazione dell'attività formativa, quanto la metodologia didattica utilizzata dal master DAOSan hanno giocato un ruolo decisivo non solo ai fini dell'apprendimento per il discente ma anche in quello che è stato definito trasferimento indiretto.

Ci sono ancora pochissimi studi che analizzano l'impatto della progettazione formativa e della metodologia didattica sul trasferimento di conoscenze.

Nel corso dei colloqui è risultato evidente come la cultura organizzativa in materia di formazione è di grande importanza. Anche se le organizzazioni prevedono per legge che i propri dipendenti debbano partecipare ad eventi formativi è stato riscontrato un quasi totale disinteresse ad implementare nelle attività lavorative le nuove conoscenze acquisite dai discenti, questo a causa di una forte gerarchizzazione dei ruoli ancora diffusa soprattutto nelle amministrazioni pubbliche.

Inoltre, è venuto alla luce che l'impatto della personalità del discente sul trasferimento di conoscenze può anche essere importante per il processo di apprendimento.

Ci sono discenti che sono riusciti a trasferire tutte le nuove conoscenze al proprio lavoro e quindi hanno ottenuto un impatto significativo in termini di performance organizzativa sebbene abbiano dovuto scontrarsi con numerosi problemi. Questi rappresentano un esempio di come le personalità possano giocare un ruolo decisivo relativamente all'apprendimento e al trasferimento.

Gli sviluppi futuri di questa ricerca dovrebbero concentrarsi proprio sull'impatto della personalità sul superamento di barriere organizzative per il trasferimento di conoscenze.

Un altro dato importante riguarda il concetto di trasferimento, Lim e Johnson (2002) suggeriscono che la progettazione della formazione, dei contenuti e strategie didattiche debbano essere correlate all'obiettivo del trasferimento.

In questo paper si è provveduto ad adottare una distinzione tra trasferimento diretto da quello indiretto. Sebbene i discenti non abbiano applicato tutti i contenuti appresi nelle lezioni del master hanno comunque cambiato il proprio atteggiamento nei confronti del lavoro oltre ad aver acquisito dei vantaggi personali. Più in particolare, la professionalità, la puntualità, la coerenza, e il team-working sono tutte caratteristiche acquisite attraverso la formazione, grazie al metodo utilizzato, e trasferito indirettamente alla propria attività lavorativa. Per cui si può affermare che la ricerca futura non dovrebbe concentrarsi solo sul trasferimento di conoscenze diretta, ma misurare il trasferimento indiretto e come questo può tradursi in migliori prestazioni di lavoro per i dipendenti.

L'interazione diretta con i partecipanti mi ha permesso di esplorare il tema dell'apprendimento in una modalità più dinamica.

Le interviste dei discenti dopo un anno dalla conclusione del master hanno rivelato importanti fattori che influenzano il processo dell'apprendimento.

Ulteriori studi, che utilizzano una metodologia longitudinale, sono comunque necessari per esaminare il processo di formazione. Inoltre, questo studio non mi ha permesso di esaminare l'impatto della formazione sulla performance organizzativa. Studi passati hanno affrontato la questione che comunque a giudizio della scrivente dovrebbe essere affrontata anche da studi futuri.

Da ultimo, la comparazione degli effetti del PBL con i metodi tradizionali si scontra con limiti e problemi metodologici di ricerca. Il confronto di risultati di apprendimento, su campioni sufficientemente ampi per una valida analisi statistica, si sono basati su test di apprendimento prevalentemente diretti a valutare le conoscenze e alcune capacità. Non sono state evidenziate differenze sostanziali. Il problema rimane la misurazione di tutti quegli importanti effetti attesi dal PBL, quali la maggiore capacità di lavorare in gruppo e lo sviluppo di capacità di auto-apprendimento, che non vengono misurati dai test tradizionali.

Riferimenti Bibliografici

Adams J., Historical review and appraisal of research on the learning, retention, and transfer of human motor skills, *Psychological Bulletin*, Vol. 101, 1987.

Albanese M., , Problem-based learning: why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills, *Medical Education*, Blackwell Science, Edinburgh, 34, 2000.

Anthony P., Norton A., Link HR to corporate strategy, *Personnel Journal*, Vol. 7,N. 4, 1991.

Axtell C., Maitlis S., Yerta S., Predicting immediate and longer-term transfer of training, *Personnel Review*, Vol. 26, 1997.

Baldwin T.T., Ford J.K., Transfer of training: a review and directions for future research, *Personnel Psychology*, Vol. 41 N. 1, 1988.

Barrows H.S., Tamblyn R.M., *Problem-based Learning: an approach to medical education*, Springer Publishing Company, New York, 1980.

Bartolomeo A., *Le relazioni genitori insegnanti*. Brescia: La scuola, 2004.

Bates R.A., Holton E.F. III, Seyler D.L., Factors affecting transfer of training in an industrial setting, in Torraco, R. (Ed.), *Proceedings of the 1997 Academy Human Resource Development Annual Conference*, Academy of Human Resource Development, Baton Rouge, LA, 1997.

Bertoldi F., *Teoria sistemica dell'istruzione*, Brescia, Editrice La Scuola, 1977.

Burke L.A., Baldwin T., Workforce training transfer: a study of the effect of relapse prevention training and transfer climate, *Human Resource Management*, Vol. 38, 1999.

Burke L.A., Hutchins H.H., Training transfer: an integrative literature review, *Human Resource Development Review*, Vol. 6 N. 3, 2007.

Cerica R., *Cultura organizzativa e performance economico-finanziarie*, Firenze University Press, Firenze, 2009.

Clark C., Dobbins G., Ladd R., Exploratory field study of training motivation, *Group and Organization Management*, Vol. 18, 1993.

Coggi C., Ricchiardi P., *Progettare la ricerca empirica in educazione*. Roma: Carocci, 2004.

De Virgilio G., La formazione dei formatori in sanità pubblica, *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 17, N.5, 2004.

- De Virgilio G., Descrizione del metodo didattico Problem-based Learning, in *Le nuove droghe: spunti per un'azione didattica*, C. Bedetti, M.C. Barbaro e A. Bertini (Curatori), Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2002.
- De Virgilio G., Pernisco F.G., Problem-based Learning for improving the quality of environmental hygiene services in Tuscany Region, Abstracts della 10th Biennial Conference of the European Association for Research on Learning and Instruction EARLI, Padova 26-30 agosto, 2003.
- De Virgilio G., Problem-based Learning for Health Workers Continuing Education: An Experience from Lazio Region in Italy, *Education for Health*, 12, 1999. 25.
- De Virgilio G., Problem-based learning for Primary Health Care Managers in developing countries, *Medical Education*, Blackwell Scientific Publications, Edinburgh, N. 27, 1993.
- De Virgilio G., Problem-based Learning: un nuovo metodo per la formazione dell'adulto in Sanità, *FOR Rivista per la formazione*, n. 61, 2004.
- Facteau J., Dobbins G., Russell J., Ladd R., Kudisch J., The influence of general perceptions of the training environment on pretraining motivation and perceived training transfer, *Journal of Management*, Vol. 21 N. 1, 1995.
- Ford J., Quinones M., Segó D., Sorra J., Factors affecting the opportunity to perform trained tasks on the job, *Personnel Psychology*, Vol. 45, 1992.
- Garavaglia P., How to ensure transfer of training, *Training and Development*, Vol. 47 N. 10, 1993.
- Gauld D., Miller P., The qualifications and competencies held by effective workplace trainers, *Journal of European Industrial Training*, Vol. 28 N. 1, 2004.
- Geilen E.W., Transfer of training in corporate setting: testing a mode, in Holton, E.F. III (Ed.), *Proceedings of the 1996 Academy of Human Resource Development Annual Conference*, Academy of Human Resource Development, Austin, 1996.
- Goldstein L., Musicante R., The applicability of a training transfer model to issues concerning rater training, in Locke, E.A. (Ed.), *Generalizing from Laboratory to Field Settings*, Lexington Books, Lexington, MA, 1986.
- Huczynski A., Lewis W., An empirical study into the learning transfer process in management training, *The Journal of Management Studies*, Vol. 17 N. 2, 1980.
- Kontoghiorghes C., A holistic approach toward motivation to learn in the workplace, *Performance Improvement Quarterly*, Vol. 14, 2001.

Kontoghiorghes C., Predicting motivation to learn and motivation to transfer learning back to the job in a service organization: a new systemic model for training effectiveness, *Performance Improvement Quarterly*, Vol. 15, 2002.

Kontoghiorghes C., Reconceptualizing the learning transfer conceptual framework: empirical validation of a new systemic model”, *International Journal of Training and Development*, Vol. 8 N. 3, 2004.

Lim D.H., Johnson S.D., Trainee perceptions of factors that influence learning transfer, *International Journal of Training and Development*, Vol. 6 N. 1, 2002.

Miller G.A., The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information, *Psychological Review*, 63, 1956.

Nikandrou I., Brinia V., Bereri E., Trainee perceptions of training transfer: an empirical analysis, *Journal of European Industrial Training* N.33.3, 2009.

Noe A., Trainees attributes and attitudes: neglected influences on training effectiveness, *Academy of Management Review*, Vol. 11, 1986.

Noe R., Schmitt N., The influence of trainee attitudes on training effectiveness: test of a model, *Personnel Psychology*, Vol. 39, 1986. 26.

Robertson I., Downs S., Learning and the prediction of performance: development of trainability testing in the United Kingdom, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 64, 1979.

Rouiller Z., Goldstein I., The relationship between organizational transfer climate and positive transfer of training, *Human Resource Development Quarterly*, Vol. 4 N. 4, 1993.

Schmidt H.G., The rationale behind problem-based learning, in Schmidt H.G., Lipkin M. Jr, de Vries M.W., Greep J.M. (ed.), *New directions for medical education. Problem-based learning and community oriented medical education*, Springer-Verlag, New York, 1989.

Stavrou E., Brewster C., Charalambous C., Human resource management as a competitive tool in Europe, working paper, Henley College, London, 2004.

Switzer K.C., Nagy M.S., Mullins M.E., The influence of training reputation, managerial support, and self-efficacy on pre-training motivation and perceived training transfer, *Applied HRM Research*, Vol. 10 N. 1, 2005.

Tracey B., Tannenbaum S., Kavanagh M., Applying trained skills on the job: the importance of the work environment, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 80, 1995.

Tziner A., Haccoun R., Kadish A., Personal and situational characteristics influencing the effectiveness of transfer of training improvement strategies, *Journal of Occupational Psychology*, Vol. 64 N. 12, 1991.

Warr P., Allan C., Birdi K., Predicting three levels of training outcome, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 72, 1999. 27.

Sitografia

ecm.campania.agenas.it/

www.agenas.it

www.daosan.it

www.iss.it

www.quotidianosanita.it/

Un'applicazione pratica della Community Care: il Budget di Salute

Abstract

L'obiettivo della Community care è quello di realizzare delle reti di assistenza per i membri più deboli di una comunità, coinvolgendo una pluralità di soggetti (istituzionali e non) in grado di agire ed operare all'interno della comunità locale, cioè nell'ambiente umano e socioculturale in cui la persona vive.

In Gran Bretagna il Community care act è, ormai, in una fase avanzata di applicazione e, sebbene sostenuto da motivazioni contrastanti, come il desiderio di far funzionare in modo più efficiente i servizi sociali e di spendere meno per la loro erogazione, ha di fatto sconvolto i principi organizzativi e l'assetto del sistema tradizionale del welfare state britannico.

In Italia, esistono forme di gestione dei servizi socio sanitari che si ispirano ai principi della community care?

Questo paper individua quale possibile applicazione pratica della teoria della community care la metodologia di presa in carico delle persone attraverso i progetti terapeutico riabilitativi individualizzati sostenuti da Budget di Salute. La stessa rappresenta una soluzione organizzativa "comunitaria" per la tutela della salute in grado di superare i modelli assistenziali di stampo tradizionale (soprattutto di tipo gerarchico e prestazionale) che favorisce nuovi approcci di tipo relazionale, multisettoriale e di rete in grado di attuare l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale.

La messa a regime di tale soluzione organizzativa prospettiva sembra essere maggiormente interessante in una fase di cambiamento del sistema sanitario caratterizzato dal progressivo spostamento del baricentro dai tradizionali centri di cura al territorio ed alle politiche di prevenzione, proprio per rispondere in modo più efficace ed appropriato ai nuovi bisogni della popolazione.

Keyword: Budget di salute, partnership pubblico – privato sanità, servizi sociosanitari, welfare di comunità, progetti terapeutico – riabilitativi integrati, gestione integrata sanità, community care.

Sommario: Introduzione – 1. Metodologia di lavoro – 2. L'evoluzione del settore sociosanitario in Italia – 3. Community care: il presupposto per l'integrazione socio sanitaria – 4. Il Budget di Salute: gli elementi caratterizzanti – Conclusioni.

Introduzione

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità(OMS) *“La salute è lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”*.

Tanto gli Stati quanto le loro articolazioni dovrebbero farsi carico di individuare e di eliminare i fattori che influiscono negativamente sulla *“salute collettiva”*, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

A tal proposito dagli anni ottanta, l'OMS ha introdotto, due strategie che vanno sotto il nome rispettivamente, di *“promozione della salute”*⁷³ e di *“strategia della salute per tutti”*⁷⁴. Ciò soprattutto nella consapevolezza che la salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non il semplice risultato dell'attività dalle organizzazioni sanitarie.

Gli studi effettuati da parte della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute⁷⁵ (CSDH) evidenziano, infatti, come fattori sociali, economici, politici, ambientali e culturali contribuiscono a definire lo stato di salute degli individui e il conseguente tasso di mortalità. Questi sono stati definiti *“determinanti sociali della salute”* e tra questi i gradienti socio-economici e gli stili di vita⁷⁶ risultano essere i più rilevanti fattori esplicativi della quantità di vita (e probabilmente della qualità), più importanti anche del sistema dei servizi sanitari.

⁷³ Nella Conferenza dell'OMS che si tenne ad Ottawa in Canada il 21 Novembre 1986 fu adottata una carta sulla *“promozione della salute”*. Nel documento finale, *“La Carta di Ottawa”* è presente una definizione più elaborata di *“promozione della salute”*: *“La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere”*.

Sempre nella Carta di Ottawa viene suggerita una strategia articolata su cinque azioni:

- Costruire una politica per la salute;
- Promuovere idee, dare mezzi (per attuarle), mediare (fra interessi conflittuali con quelli della salute);
- Rinforzare l'azione comunitaria (partecipazione), sviluppo delle capacità individuali;
- Creare un ambiente favorevole;
- Riorientare i servizi sanitari.

⁷⁴ Tale programma *“Health21: La salute per tutti nel 21° secolo”* rappresenta l'aggiornamento degli obiettivi della carta di Ottawa, ed è stato approvato nel settembre del 1998.

Con lo stesso sono state scelte quattro strategie per garantire che la realizzazione di HEALTH21 si basi sulla sostenibilità scientifica, economica, sociale e politica:

- strategie multisettoriali per affrontare i determinanti della salute, tenendo in considerazione le prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e relative alle differenze di sesso, e assicurando l'adozione della valutazione di impatto sulla salute;
- sviluppo di programmi e di investimenti in salute e assistenza clinica orientati ai risultati in termini di salute;
- assistenza sanitaria di primo livello integrata e orientata alla famiglia e alla comunità, sostenuta da una rete ospedaliera flessibile ed efficiente;
- processo di partecipazione allo sviluppo della sanità che coinvolga partner specifici per la salute nelle abitazioni, negli ambienti scolastici e di lavoro, a livello di comunità e nazionale, in grado di promuovere decisioni congiunte, implementazione e responsabilità.

⁷⁵ Questa commissione è stata istituita dall'OMS ed è composta da 17 membri, individuati in figure preminenti nella politica, nella ricerca e nel sociale, ha lo scopo di produrre raccomandazioni pratiche su come migliorare la salute agendo sui determinanti sociali.

⁷⁶ E' stato stimato da accreditati studi internazionali che i fattori socio economici e gli stili di vita contribuiscono per 40% - 50% sulla longevità delle comunità.

Nonostante ciò, è ancora eccessivo l'orientamento del sistema sanitario verso una concettualizzazione della salute come assenza di malattia e verso un immaginario scientifico-tecnologico rappresentato dall'ospedale.

Questo è dimostrato dal fatto che l'allocazione delle risorse è ancora maggiormente a favore di cure ospedaliere e specialistiche. R. Atun, nel rapporto HEN sottolinea che tale inefficienza allocativa potrebbe spiegare come mai, a fronte di una spesa sanitaria crescente, l'equità, l'accesso e gli out come non sono cresciuti in modo proporzionale e conclude che è necessario un nuovo approccio attraverso il quale le cure primarie devono essere considerate non come periferiche ma come fondamentali per guadagni di salute e contenimento dei costi⁷⁷.

Gli attuali sistemi di Welfare stanno subendo gli effetti di una crisi “comunicazionale” tra i macro – sistemi (le Organizzazioni) e le micro – individualità (i Cittadini), inoltre gli stessi risultano caratterizzati da una certa tendenza all'autoreferenzialità (processo di istituzionalizzazione⁷⁸): ciò comporta una evidente difficoltà di risposta ai bisogni di tipo sociale e sanitario. Le politiche sanitarie dei Paesi europei stanno pianificando le loro mission su tre versanti, ospedale, territorio, domicilio), ma affinché i progetti di integrazione possano garantire risultati efficaci, è necessario che tutti i protagonisti si incontrino ed interagiscono con i nodi della “rete” organizzativa, professionale e umana (Community network).

La carta vincente in questo periodo sarebbe quella di potenziare le “trame” dei servizi socio-sanitari per sviluppare un'assistenza integrata, incentrata sulla famiglia e sulla comunità, facendo ricorso a pratiche di auto-cura, di cure a domicilio, di mutuo aiuto e di sostegno partecipato da parte dei cittadini.

In tal senso la de-istituzionalizzazione della persona e la sua reintegrazione nel proprio contesto di vita ha contribuito, da un lato, a praticare nuove soluzioni di cura al di fuori della logica di chiusura delle istituzioni, dall'altro, ha indotto a rivalutare quel lavoro sommerso che da sempre ha caratterizzato la cura dell'anziano, del cronico, del disabile, del malato mentale nell'ambito della famiglia e della comunità di appartenenza. Ecco allora che emerge il concetto di Community care quale metodologia fondata sulla cura da parte di soggetti sia del “settore informale” (servizi, organizzazioni di advocacy, gruppi di self – help, associazioni e gruppi del Terzo Settore), sia del “settore formale” (settore pubblico e privato): tutto ciò richiede un ripensamento di ruoli, funzioni e

⁷⁷ Lo studio è: R. Atun, We are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system. Health Evidence Network (HEN), 2004. Cfr <http://www.aiesweb.it/media/pdf/convegni/041104/teseschi.pdf>

⁷⁸ Le istituzioni nascono per rispondere a problemi ambientali la cui soluzione necessita di una stabile interazione collettiva. Con l'avanzare del tempo si avvia un processo di irrigidimento di regole e routine istituzionali che acquistano un carattere di scontatezza, tendendo a un valore normativo autoreferenziale, indipendentemente dagli scopi della loro creazione (si spersonalizzano, diventando indipendenti dalla soggettività dei membri dell'istituzione..) Cfr. G. Bravo, Le basi del non profit dello sviluppo, in G. Provasi (a cura di), Lo sviluppo locale: una nuova frontiera per il nonprofit, Milano, Franco Angeli, 2004.

responsabilità delle varie professionalità sociali e sanitarie coinvolte, quali attivatori dei diversi tipi di reti sociali.

1. Metodologia di lavoro

Lo studio si avvale della combinazione di una serie di approcci metodologici di tipo qualitativo:

- Una ricognizione dell'evoluzione normativa e organizzativa del settore socio sanitario in Italia;
- Una definizione del modello teorico di riferimento, quello della community care, per la gestione dei servizi socio sanitari;
- Un'analisi di un'esperienza nazionale che adotta quale riferimento i principi della community care, quale la metodologia di presa in carico delle persone affette da disturbi psichici attraverso il budget di salute;

2. L'evoluzione del settore sociosanitario in Italia

Nel corso degli ultimi 25 in Italia, si è avuta la completa riorganizzazione dei sistemi di welfare sanitario e sociale.

Dal modello istituzionale assistenziale⁷⁹ si è passati ad un modello di tipo contrattuale, che prevede la netta separazione tra acquirente e fornitore di prestazione, una sorta di quasi mercato in cui i fornitori competono. Questo, rappresenta un modello che viene interpretato in chiave di esaltazione della libertà di scelta del consumatore e dei suoi diritti che poi si concretizzano in transazioni economiche⁸⁰. Lo stesso, ha dato impulso alla diffusione dell'orientamento all'utente in sanità. Tale modello ha radicato le proprie radici, soprattutto, in alcune regioni settentrionali che hanno fatto della mobilità sanitaria in entrata il perno strategico sui cui finanziare i loro sistemi sanitari.

Tuttavia, ancora oggi, pochissime organizzazioni hanno fatto il salto di qualità di considerare gli utenti come "produttori" dotati di capacità e coinvolti in processi di creazione di valore, eppure in ambito sanitario sarebbe veramente auspicabile implementare l'autonomia dei soggetti " secondo i principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e di sussidiarietà.

Lo scenario verso cui si dovrebbe tendere è quello in cui non è più solo lo Stato ad aver il compito di produrre benessere ma è un compito anche della società civile all'interno di un sistema

⁷⁹ Nel modello istituzionale assistenziale al soggetto pubblico spettava la titolarità esclusiva delle funzioni di erogazione dell'assistenza e il sistema di welfare era concepito come un sistema di deleghe. Questo ha portato ad un impoverimento progressivo dei soggetti, quali le famiglie, le persone, le comunità, che hanno finito per contare sempre meno come risorse.

⁸⁰ Le risorse destinate al finanziamento delle prestazioni vengono assegnate direttamente ai cittadini attraverso l'uso di buoni il cui valore viene rimborsato ai fornitori dei servizi. (Le Grand, Bartlett, eds., 1993).

relazionale che connette le varie dimensioni del benessere, sociale, economico, ambientale, oltre che meramente sanitario⁸¹.

Il modello cui si fa riferimento è quello della "*comunità solidale*", o della "*welfare community*": un modello di politica sociosanitaria che pone al centro dell'azione la persona, e che considera la responsabilità collettiva delle comunità locali. Questo modello, assicura una maggiore partecipazione della comunità civile, e porta alla realizzazione di un percorso di autorganizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune⁸².

Ciò, è realizzabile attraverso lo sviluppo di sistemi di sostegno alle persone fondati sul rafforzamento delle reti naturali di comunità, sulla strutturazione degli interventi di solidarietà organizzata e sulla migliore integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari, "capaci" di fare "comunità".

Occorre, in tal senso, pervenire alla costituzione di *un welfare mix* fondato sulla comunità, sulla responsabilizzazione dei membri e dei destinatari dei programmi che, in questa prospettiva, possono giocare un ruolo più attivo. Non sono più dei "consumer" ma dei "prosumers", cioè dei cittadini portatori di un bisogno che diventano al contempo, produttori, consumatori e distributori di beni e servizi di welfare. Sono essi i protagonisti di nuove forme di mercato non più formato sulla scambio di beni e servizi ma sulla creazione di legami altrimenti detti beni relazionali⁸³.

Necessario, in questo senso, sarà, conseguentemente, un programma di trasformazione progressiva degli approcci: da modalità prevalentemente sanitarie di risposta al bisogno socio-sanitario, a forme partecipate ed organiche al tessuto sociale.

Oggi la tutela della salute non è più ambito esclusivo dei professionisti sanitari: essa richiede il coordinamento e l'integrazione tra l'azione diagnostico-terapeutica e quella preventiva e promozionale di altri soggetti all'interno delle comunità territoriali. La forte interdipendenza tra salute e reti sociali di supporto alla malattia mostra come il sistema istituzionale delle cure sia solo una delle possibili alternative che l'utente può scegliere di mettere in atto, dal momento che può avvalersi di altre "strutture di riferimento non professionali" (parenti, amici, vicinato) che indirizzano, supportano e trasferiscono informazioni ed esperienze personali vissute in occasioni analoghe. Queste reti sociali primarie si affiancano alle strutture pubbliche e di mercato, a sostegno di percorsi assistenziali di tipo relazionale⁸⁴.

⁸¹ Così P. Adinolfi al convegno "*Percorsi per una sanità sostenibile: pubblico, privato e ricerca*", Campus universitario di Fisciano, 13 dicembre 2012.

⁸² F. Starace, *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di Salute*, Roma, Carrocci Faber, 2011, p. 41.

⁸³ Così P. Adinolfi al convegno "*Percorsi per una sanità sostenibile: pubblico, privato e ricerca*", Campus universitario di Fisciano, 13 dicembre 2012.

⁸⁴ L. Ridolfi, *Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale*, Paper for the Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011.

Nell'attuale contesto sociale si sta facendo strada un concetto di sistema sanitario non più riferito esclusivamente all'organizzazione dei servizi sanitari istituzionalizzati ma comprensivo anche del sistema sociale.

3. Community care: il presupposto per l'integrazione socio sanitaria

La Community care⁸⁵ rappresenta un approccio teorico che prova a ripensare i servizi socio-sanitari a livello delle comunità locali, proponendo un nuovo modo di progettarli ed attivarli. Si tratta di creare delle reti di intervento tra soggetti del "settore formale" (organizzazione sanitarie pubbliche, private e non profit) e soggetti del settore "informale" (famiglia, vicinato, gruppi amicali, associazioni, consorzi) attraverso relazioni di reciprocità sinergica. Ne consegue un intreccio tra reti formali e informali, tra professionalità e figure non specialistiche, tra pubblico e privato.. che ha come obiettivo quello di coinvolgere nelle attività di cura tutte le risorse presenti all'interno della comunità.

Come suddetto il concetto di Community care può essere inteso come "presa in carico della comunità da parte della stessa comunità" e contempla forme di assistenza erogate tanto nella comunità quanto dalla stessa per opera di una pluralità di soggetti.

Le policy di Community care favoriscono il passaggio da concetto di comunità intesa come luogo fisico destinatario di prestazioni socio-sanitarie, ad un concetto della stessa quale rete di relazioni sociali significative.

In letteratura il concetto di Community care viene tripartito e si parla di self-care (auto-cura), di home o family care (cura a domicilio o in famiglia) e di community care in senso stretto (auto-mutuo soccorso).

Il concetto di self care⁸⁶ attribuisce alla persona malata il ruolo di primo e fondamentale "operatore" di cura nei confronti della propria salute. Il paziente, quindi, non è più colui che "pazientemente" attende la cura prescritta.

M. Stacey è stata tra le prime ad evidenziare l'importanza di includere il paziente nel percorso sanitario: "Si può dire che il paziente sia un produttore tanto quanto un consumatore di quel bene immateriale che è la salute"⁸⁷.

⁸⁵ La Community care è divenuta perno della politica sociale alla fine del XX secolo. In Gran Bretagna l'approvazione del National Health Service and Community Care Act del 1990, legge che ha riformato l'assistenza e la sanità, è considerata il momento culminante per l'accettazione delle cure di comunità come metodo privilegiato per i bisogni delle persone anziane, persone affette da problemi di salute mentale e persone disabili. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents>

⁸⁶ Self-care si può tradurre "Cura di se" e comprende tutte le decisioni che le persone prendono per se stessi e le loro famiglie per essere/rimanere fisicamente e mentalmente in forma. Cfr. D. Orem, Nursing, Concetti di pratica professionale, Ed. Summa, Padova, 1992.

⁸⁷ M. Stacey, The health service consumer: A sociological misconception, in : Sociological Review Monograph 22, University of Keele, Keele, 1976.

Sarebbe tuttavia un errore considerare la self-care come una pratica meramente individuale: lo spazio sociale in cui essa si esplica coincide infatti con quello che Seppilli definisce “la gestione domestica della salute” intesa come ambito di vita familiare del malato nel quale questi affronta l’insorgere del malessere. In tal senso è opportuno ricordare che molte ricerche hanno evidenziato come circa i tre quarti di tutte le cure si svolgano all’interno del contesto informale della famiglia, al punto da far ritenere che “la famiglia è il più importante contesto entro il quale la malattia si presenta ed è risolta”⁸⁸; in tale contesto è possibile considerare diverse componenti: il supporto psicologico, la cura materiale, il sostegno emotivo e il sostegno economico.

L’home care (o family care) è una modalità di pratica assistenziale che riconosce la centralità della famiglia nella salute dei propri cari. Si fonda sul ruolo dei familiari in quanto care-givers e si caratterizza per un forte coinvolgimento affettivo nei confronti del malato. Nella nostra società il ruolo di care-giver è spesso attribuito alla donna.

Oggi, tuttavia, fattori di natura strutturale, sociale e culturale generano un indebolimento delle reti relazionali tradizionali e per questo la possibilità che famiglia svolga funzioni di home care risulta essere alquanto problematica.

Gli individui vivono sempre di più in contesti sociali costellati da una pluralità di forme familiari con conseguenze per il lavoro di cura; inoltre il progressivo cambiamento del ruolo della donna ha messo in discussione l’assunto che alle stesse fosse attribuito il ruolo di care-giver all’interno del contesto familiare.

Non può essere trascurato in questa sede il fenomeno delle badanti (spesso accolte in famiglia senza alcun contratto di lavoro) che rappresenta la soluzione adottata dal settore informale per colmare il vuoto organizzativo del settore formale.

E’ importante sottolineare che l’home care non deve essere considerata una pratica scontata dai professionisti socio sanitari, ma verificata e sostenuta soprattutto quando si tratta di reinserire il paziente al proprio domicilio, dopo una dimissione ospedaliera ad esempio: è di fondamentale importanza verificare che lo stesso paziente possa contare sul supporto di alcuni membri della sua famiglia.

Affinché la famiglia possa esplicitare il suo ruolo protettivo e difensivo nei confronti della salute dei propri membri la stessa deve entrare in relazione con il mondo circostante..

Quando la comunicazione tra la famiglia e l’ambiente circostante si realizza positivamente - in termini di sostegno e supporto della salute – malattia dei suoi membri – si attuano le premesse per la Community care.

⁸⁸G. Giarelli, E. Venneri, *Sociologia della salute e della medicina*, Franco Angeli, Milano, 2009, p. 357.

In Gran Bretagna il Community care act, preceduto da indagini ministeriali e da sperimentazioni su piccola scala e poi rinforzato da successivi puntigliosi decreti attuativi, è ormai in una fase avanzata di applicazione e, sebbene sostenuto da motivazioni contrastanti, come il desiderio di far funzionare in modo più efficiente i servizi sociali e di spendere meno per la loro erogazione, ha di fatto sconvolto i principi organizzativi e l'assetto del sistema tradizionale del welfare state britannico. La Gran Bretagna è divenuta così un laboratorio avanzato di riflessione e sperimentazione di rivoluzionarie metodologie di aiuto.

4. Il Budget di Salute: gli elementi caratterizzanti

Sulla base di queste considerazioni di carattere teorico una delle regioni italiane che, nell'ottica del federalismo fiscale e non solo, ha scelto di considerare l'integrazione Socio - Sanitaria come un'opzione strategica è la Regione Campania, che ha avviato un percorso di ridefinizione degli assetti organizzativi territoriali, e fornito un quadro normativo più completo di pianificazione e riorganizzazione degli interventi a carattere sociale, sanitario e sociosanitario⁸⁹.

La stessa ha promosso i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI) sostenuti da Budget di Salute per la gestione di interventi sanitari e sociali integrati, facendo ricorso a forme di cogestione dei percorsi di cura e di riabilitazione.

La sperimentazione è partita da alcune Asl del casertano, che hanno collaudato il modello prima sul settore mentale per poi estenderlo a tutti gli interventi sul territorio con forte integrazione professionale.

Il budget di salute è uno strumento organizzativo - gestionale per la realizzazione di percorsi terapeutico - riabilitativi individuali volti a soddisfare bisogni sociosanitari complessi.

Si tratta in sostanza di pacchetti di risorse multiple (individuali, comunitarie, istituzionali, sanitarie, sociali) definiti all'interno di un "budget individuale" per l'acquisto di prestazioni che vengono programmate caso per caso *non a prestazione, ma a progetto*⁹⁰.

Questo approccio metodologico è tipicamente caratterizzato da un'elevata flessibilità, dalla strutturazione sui bisogni, e soprattutto dal non essere legato a un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore.

⁸⁹ I riferimenti normativi e attuativi della Regione Campania sono:

- l.r. 11 del 23 ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328";
- l.r. 1 del 27 gennaio 2012 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2012 e pluriennale 2012 - 2014 della Regione Campania (legge finanziaria regionale 2012)" - art 46. "Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute";
- D.G.R. 483 del 21 settembre 2012 "Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi Individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione linee guida ai sensi dell'art. 46 della legge regionale n. 1/2012."

⁹⁰ D.G.R. 483 del 21 settembre 2012 "Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi Individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione linee guida ai sensi dell'art. 46 della legge regionale n. 1/2012." - REGIONE CAMPANIA

I vantaggi che il budget di salute determina sono rilevabili a livello individuale, assistenziale e della comunità nel suo complesso. A livello del singolo paziente, in quanto sono previsti meccanismi di partecipazione diretta alla definizione del singolo percorso assistenziale. A livello di sistema assistenziale, in quanto si realizza una interazione costante tra settore sociale e sanitario. A livello di comunità, in quanto si determina una crescita delle capacità e degli organismi di auto-organizzazione.

Obiettivo prioritario di tale modello è promuovere l'inclusione ed il mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità sociale grave, ricentrando l'intera rete dei servizi sociosanitari sul benessere sociale dei cittadini piuttosto che sulla malattia dei pazienti.

Protagonista dell'intervento dell'Asl non è soltanto la tecnica di cura della malattia ma il suo contesto.

I progetti terapeutico riabilitativi individuali (PTRI) si realizzano in 3 aree fondamentali, corrispondenti ai principali determinanti sociali della salute e ai diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti, quali: formazione/lavoro, casa/habitat sociale, affettività/socialità.

Starace afferma che la filosofia che sottende il modello del Budget di Salute risiede nella consapevolezza che gli impedimenti esterni all'esercizio dei diritti alla formazione, alla socialità, al lavoro, all'abitazione sono i veri determinanti che trasformano una persona vulnerabile o "a rischio" in un "caso". In secondo luogo essa riconosce i limiti di un approccio fondato su un prodotto sociosanitario rigido, derivato dal modello ospedaliero. Il modello del Budget di Salute si fonda invece su prestazioni flessibili definite non sulle caratteristiche dell'offerta disponibile, ma sulla base dei reali bisogni, dei "diritti di cittadinanza" dell'individuo.

Alla definizione e monitoraggio del PTRI partecipano: la persona alla quale è attribuita la misura, in quanto titolare del progetto; l'ASL, attraverso i referenti dei Servizi Sanitari più direttamente coinvolti; il Comune di residenza del titolare del PTRI, che attraverso i servizi sociali ha corresponsabilità dei progetti e partecipa con proprie risorse alla loro realizzazione; i soggetti cogestori privati (cooperative, volontariato, promozione sociale, ONLUS, ma anche PMI), individuati da un elenco realizzato mediante Avviso Pubblico Regionale.

Il cogestore privato⁹¹ rappresenta il partner per la costruzione di sistemi di sviluppo sociale e non il soggetto a cui delegare o affidare determinate attività⁹².

⁹¹ Con il termine "privato" intendiamo sia il privato sociale e imprenditoriale sia le persone e le famiglie, e le relative reti formali ed informali, che vogliono collaborare in partenariato con il pubblico alla coprogettazione e al confinanziamento dei PTRI, mediante i budget di salute.

⁹² Sui rischi di deresponsabilizzazione dell'autorità pubblica e di deriva delle politiche sociosanitarie verso interventi volatili e disarticolati, animati da una logica prestazionale che l'affermazione di modelli di accreditamento-voucher possono creare, si veda: Monteleone R. La contrattualizzazione nelle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura. In: Bifulco L. (a cura di), Le Politiche sociali. Temi e prospettive emergenti, Roma, Carocci, 2005.

I progetti individuali si differenziano sulla base del livello d'intensità – alta, media, bassa – cui corrispondono differenti livelli di investimento attraverso il Budget di Salute.

Mediante la tecnica della finanza di progetto, l'investimento finanziario è negoziato e programmato dall'ASL con il partner privato.

Il coinvolgimento nel progetto del partner avviene su tutte le aree d'intervento (casa / habitat sociale, socialità / affettività, formazione / lavoro), ferma restando la priorità assegnata a ciascuna, in sede di definizione del progetto terapeutico riabilitativo individuale. Di fatto, le aree non possono essere gestite autonomamente ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda dei bisogni e del grado di disabilità.

I cogestori, quindi, operano contemporaneamente su tutte le aree, lavorando in rete, commisurando l'investimento al fabbisogno personale e avendo come riferimento un territorio definito.

Per un'efficace gestione del “*sistema*” in Regione Campania è stato utile pervenire alla ridefinizione dei contesti tecnico-organizzativi dei servizi socio - sanitari.

La D.G.R. 483 del 21 settembre 2012 definisce, a tal proposito, gli uffici preposti alla gestione del sistema integrato e il bilancio partecipativo sociosanitario ed ambientale.

Gli uffici sociosanitari distrettuali e quelli ospedalieri, in quanto strumenti d'integrazione integrata, sono incaricati di coordinare le diverse Unità Operative dell'ASL ed i servizi sociali dei comuni. Questi uffici integrati dirigono sia la fase di valutazione multidisciplinare del bisogno, che l'attuazione degli interventi individuali, collaborando con le unità di valutazione integrate distrettuali, che rappresentano il supporto alla Direzione Distrettuale, nella sua funzione d'analisi, programmazione e monitoraggio della salute territoriale.

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) ha il compito di svolgere la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari complessi, di predisporre la proposta all'utente del progetto terapeutico-riabilitativo individuale e di monitorare in itinere tanto il bisogno quanto il percorso riabilitativo. Il progetto individuale è redatto sulla base della valutazione espressa dall'U.V.I., applicando l'International Classification of Functioning, Disability and Health (I.C.F.)⁹³.

Il Bilancio Partecipativo Sociosanitario ed Ambientale (previsionale e consuntivo), infine, rappresenta lo strumento d'analisi e di programmazione territoriale della salute territoriale: le risorse impegnate da tutti gli “*attori del sistema*” sono rappresentate in unico documento contabile. Cittadini, organizzazioni locali, famiglie, medici di base, amministratori e distretti dell'ASL

⁹³ L'ICF è la classificazione del funzionamento, disabilità e della salute, in inglese *International Classification of Functioning, Disability and Health*, promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

concorrono a costruire il Bilancio Partecipativo Sociosanitario ed Ambientale, a partire dal Programma delle Attività Territoriali (PAT sociosanitario)⁹⁴.

Il modello Budget di Salute, sottoposto a valutazione, ha dimostrato innanzitutto l'applicabilità di interventi fondati su saldi presupposti teorici. Esso presenta inoltre incontestabili vantaggi sul piano dell'efficienza gestionale, dell'efficacia nella pratica, dell'economicità. In particolare, esso ha mostrato di essere valido strumento per la riqualificazione della spesa sanitaria e sociale. L'applicazione di tale modello ha consentito inoltre l'attuazione reale del principio della sussidiarietà, attraverso la valorizzazione delle risorse formali ed informali, promuovendo ed incentivando il protagonismo delle forme associative territoriali, vero "capitale sociale" della comunità, e degli utenti stessi, che partecipano non più soltanto come consumatori ma diventando a loro volta produttori di beni e servizi.

La significativa riduzione della residenzialità "istituzionalizzata" nell'area della salute mentale, della disabilità, degli anziani, registrata nel corso dell'applicazione del modello Budget di Salute, ne ha confermato l'efficacia per contrastare l'istituzionalizzazione della sofferenza e promuovere la domiciliarizzazione degli interventi.

Conclusioni

I Progetti terapeutico – riabilitativi individuali, sostenuti dal budget di salute rappresentano una scelta metodologica eccellente per la gestione dei servizi socio – sanitari.

In Regione Campania, sono stati emanati atti a contenuto normativo e attuativo riferiti al budget di salute.

Una delle criticità emersa dallo studio dello "stato di fatto" è che delle Asl presenti sul territorio regionale campano solo l'Asl di Caserta ha provveduto a recepire le indicazioni date dal legislatore campano.

La stessa ha intrapreso azioni:

- finalizzate allo sviluppo socio – economico delle comunità territoriali;
- relative all'erogazione delle prestazioni sociosanitarie integrate.

In particolare nel contesto territoriale di riferimento l'Asl CE, ad oggi, ha provveduto:

- alla costituzione dell'Area di Coordinamento Sociosanitario, con il compito di aggregare funzionalmente tutte le unità aziendali impegnate a erogare prestazioni sociosanitarie a elevata

⁹⁴ In base alla Legge 328/00 sull'integrazione sociosanitaria, il PAT sociosanitario viene recepito nel Piano sociale di zona (PSZ) degli Ambiti. Il PSZ, infatti, è stato individuato come strumento unitario di definizione delle strategie di risposta dai bisogni sociali e sociosanitari degli individui su Ambiti territoriali definiti (art. 19, L. 328/00).

integrazione sanitaria (così come individuate dal D.Lgs 229/99, dal DPCM 14.2.2001 e dal DPCM 29.11.2001);

- alla sottoscrizione di protocolli d'intesa tra ASL e Comuni sull'integrazione sociosanitaria, successivamente recepiti negli Accordi di programma (ex art. 34 del D.Lgs 267/2000);
- all'attuazione di quanto concordato sull'erogazione dei LEA sociosanitari e la specifica definizione delle modalità operative, con la sottoscrizione di una convenzione / disciplinare operativo (ex art. 30 del D.Lgs 267/2000) che ha previsto, in particolare: 1) la delega della gestione amministrativa del percorso a un unico soggetto istituzionale (ASL); 2) il cofinanziamento delle attività da parte dei partner, con il relativo trasferimento di fondi; 3) la selezione di operatori da destinare alle attività di implementazione del modello proposto quali referenti degli Uffici sociosanitari di distretto mediante avviso pubblico e la successiva contrattualizzazione per tutta la durata della programmazione triennale; 4) la predisposizione e l'espletamento di un avviso pubblico per la selezione dei soggetti del terzo settore e privato imprenditoriale idonei alla cogestione dei PTRI/BdS; 5) l'istituzione degli Uffici sociosanitari e delle Unità di Valutazione Distrettuali Integrate (UVDI) costituite da operatori sanitari e operatori dei Servizi sociali dei Comuni, per la valutazione dei bisogni della persona portatrice di grave disabilità sociosanitaria, la programmazione del PTRI e il monitoraggio e la verifica dello stesso ;
- al consolidamento del Budget di risorsa dell'Area di Coordinamento Sociosanitario, comprensivo del budget già utilizzato dalle singole strutture operative della ASL e riconvertito, e del budget specifico riferito al centro di costo del Coordinamento Sociosanitario; e la previsione della possibilità di incremento annuo, in funzione della riconversione realizzata e rendicontata nei PTRI, per la realizzazione delle attività di sperimentazione gestionale nelle aree d'integrazione sociosanitaria.

La metodologia del BDS è stata attivata in tutte le aree ad alta integrazione sociosanitaria (disabilità, salute mentale, minori, dipendenze ecc.), in un territorio di circa 500.000 ab. I tempi della messa a regime sono stati:

- 12 mesi per l'integrazione istituzionale ASL/EE.LL., il reclutamento e la formazione degli operatori e l'avvio dell'operatività;
- 24 mesi per la riconversione alla metodologia PTRI/BdS delle attività preesistenti.

Attualmente il progetto, avviato circa 9 anni fa dall'allora ASL CE2, prosegue e possiede caratteristiche di continuità. È inserito nelle attività quotidiane ed è una forma di gestione abitualmente adottata. Nel maggio del 2009, a seguito della provincializzazione della ASL CE2 e della ASL CE1 nell'unica ASL Caserta, la metodologia è stata estesa all'Area della Salute Mentale dell'ex ASL CE1.

Nel corso del 2008, sono state prese in carico, secondo il modello di cogestione dei PTRI/BdS, 783 persone. In rapporto alla popolazione residente nel territorio (482.139), ciò equivale a un tasso di presa in carico di 1,62 x 1000 abitanti. Nel 2006, la presa in carico interessava 627 persone (1,30 x 1000 abitanti).

In merito alla sostenibilità, l'esperienza finora realizzata ha potuto documentare l'efficacia della metodologia e la sua capacità, attraverso la riqualificazione delle attività, di realizzare un recupero medio del 30% delle risorse precedentemente utilizzate, che, nel caso delle prestazioni più costose (prestazioni di riabilitazione sanitaria), arriva a circa il 44%.

Dalle dichiarazioni degli attori coinvolti (Asl di Caserta) emergono altre criticità nelle seguenti aree:

- Difficoltà di gestione dal punto di vista amministrativo;
- Scarsa attenzione alle logiche di programmazione;
- Scarsa pratica nei distretti della programmazione (e cultura) partecipata;
- Poca propensione alla coprogettazione;
- Poca propensione alla cogestione;
- Eccessiva burocratizzazione degli adempimenti procedurali;
- Ricorrenti conflitti sulla competenza di spesa per le prestazioni;
- Tempi eccessivamente lunghi nei pagamenti a causa dei deficit finanziari delle amministrazioni pubbliche coinvolte;
- Radicamento degli operatori verso un atteggiamento di delega delle competenze;
- Mancanza di un sistema informativo centrato sulla persona;
- Cultura dell'assistenzialismo diffusa quale retaggio del sistema di interventi sociali e sanitari configuratosi sino alla fine degli anni novanta.

Per il superamento di tali criticità una soluzione potrebbe essere la creazione di un'istituzione in grado di guidare gli attori verso pratiche, attività, azioni volte allo sviluppo socioeconomico locale, al fine di riconvertire così i costi sanitari in investimenti per la salute.

Riferimenti bibliografici

ASSR (Agenzia per i servizi sanitari regionali), Il ruolo dell'ospedale nel sistema che cambia, Roma, Monitor n.6, 2003.

Bergamaschi C., Creazione del valore e organizzazione in sanità, Milano, Mc Graw Hill, 2009.

Bifulco L., Le Politiche sociali. Temi e prospettive emergenti, Roma, Carocci, 2005.

Bruzzi S., La gestione dell'azienda sanitaria, Milano, Giuffrè, 2006.

Bryson J. M., Startegic planning for public and non profit organizations, San Francisco, Jossey – Bass, 1995.

Bulmer M., Le basi della community care, Erikson, Trento, 1992.

Chendi R., Non è ancora welfare community, in DM. Periodico della UILDM, 2003.

Costa G., Spadea T., Cardano M., Diseguaglianze di salute in Italia, in “Epidemiologia & Prevenzione”, 2004.

De Leonardis O., Mauri D., Rotelli F., L'impresa sociale, Milano, Anabasi, 1994.

F. Starace, Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di Salute, Roma, Carrocci Faber, 2011.

Giarelli G., Venneri E., Sociologia della rete e della medicina, Franco Angeli, Milano, 2009.

Le Grand J., Bartlett W., Quasi-markets and social policy, London, Palgrave MacMillan, 1993.

Lega F., Gruppi e reti aziendali in sanità, Milano, Egea, 2002.

Maguire L., Il lavoro sociale di rete, Edizioni Erikson, Trento, 1987.

Meneguzzo M., Cepiku D., Network pubblici: Strategia, struttura egovernance, Milano, The McGraw Hill, 2008.

Orem D., Nursing, Concetti di pratica professionale, Ed. Summa, Padova, 1992.

Ponzanelli G., Gli enti non profit in Italia, Padova, CEDAM, 1994.

Sitografia

<http://www.regione.campania.it/>

<http://www.consiglio.regione.campania.it>

<http://www.cevas.it/>

www.triestesalutementale.it/

www.aslcaserta.it/

Conclusioni

La presente tesi si compone di tre paper elaborati dalla dottoranda nel corso del triennio che va dal 2012 al 2015. Oggetto di studio degli stessi risultano essere i contributi e le prospettive della formazione manageriale in sanità. Tema questo più che attuale e dinamico, in virtù del processo di aziendalizzazione che ha visto protagoniste le organizzazioni sanitarie italiane.

Tutti e tre i paper afferiscono ad un unico ambito territoriale, quello della Regione Campania, la quale sebbene nel corso di questo triennio è stata costretta ad un piano di rientro è riuscita a dimostrare buoni risultati in termini sia di risanamento del proprio bilancio che di obiettivi di salute raggiunti grazie al lavoro operato da manager sanitari opportunamente e sapientemente formati.

Il tema della formazione manageriale in sanità è stato dapprima indagato da un punto di vista quantitativo, al fine di comprendere se l'amministrazione regionale campana abbia attivato o meno i corsi di formazione manageriale, oggi obbligatori per il top ed il middle management aziendale, e i risultati dagli stessi prodotti. Sebbene tali corsi non risultano essere organizzati da parte dell'ente preposto, è sorprendente come abbiano saputo rispondere a tale esigenza le università campane con l'attivazione di ben 13 master universitari ed innumerevoli iniziative formative. Ai corsi di formazione universitaria sono tanti i dipendenti del sistema sanitario regionale che scelgono di partecipare autonomamente, consapevoli della necessità di acquisire competenze manageriale per poter divenire protagonisti attivi del processo di riforma del sistema sanitario in chiave aziendale.

Nel secondo paper elaborato dalla scrivente è stata condotta un'indagine di tipo qualitativo per comprendere se le competenze acquisite dai discenti di un master universitario risultano essere applicate alle proprie attività lavorative. I discenti su cui è stata condotta tale indagine sono stati i discenti – lavoratori iscritti alla VII edizione del Master in Direzione delle Organizzazioni e delle Aziende Sanitarie, promosso dall'Università degli Studi di Salerno. Dalla ricerca è emerso quanto fattori di tipo organizzativo siano determinanti in tal senso. Le organizzazioni presso cui risultano essere impiegati i discenti, purtroppo, risultano essere ancorate ad un modello organizzativo profondamente rigido e gerarchizzato che non ha permesso agli stessi di implementare le nuove conoscenze acquisite. Nonostante ciò, è emerso il ruolo del “trasferimento indiretto” relativo all'atteggiamento dei lavoratori dopo aver frequentato il master universitario. Questo è stato tanto più incoraggiato dall'utilizzo da parte del master DAOSan di un'innovativa metodologia didattica, quella del Problem Based Learning.

La presenza di una cultura della formazione sufficientemente condivisa ed idonea a sostenere l'attuazione dei progetti formativi rappresenta tuttavia il fattore chiave per vincere la sfida del

superamento di quella che è stata definita la “formazione apparente” , vale a dire di una formazione che non ha capacità di incidere nei processi reali di lavoro.

Il tema di come valutare il “ritorno dell’investimento formativo” è esso stesso oggetto di numerose proposte metodologiche; ma più che di sofisticati strumenti per misurare il “ROI della formazione”, vi è necessità di capire perché le prassi valutative siano poco diffuse e, soprattutto, occorre creare nelle aziende le condizioni organizzative e culturali idonee a garantire un effettivo ritorno.

Infine nell’ultimo paper è stata esplorata un’applicazione pratica dei contenuti del management sanitario nella gestione dei servizi socio sanitari: la metodologia di presa in carico delle persone attraverso i progetti terapeutico riabilitativi individualizzati sostenuti da Budget di Salute. La stessa rappresenta una soluzione organizzativa “comunitaria” per la tutela della salute in grado di superare i modelli assistenziali di stampo tradizionale (soprattutto di tipo gerarchico e prestazionale) che favorisce nuovi approcci di tipo relazionale, multisettoriale e di rete in grado di attuare l’integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale.

Tale metodologia innovativa per la gestione del settore socio sanitario è stata implementata, già a partire dal 2005, da una delle aziende sanitarie locali della Regione Campania, l’azienda sanitaria locale di Caserta.

Quest’applicazione pratica della teoria della community care, individuabile quale best practice proposta dai nuovi manager sanitari, evidenzia quanto l’autonomia organizzativo – gestionale avviata con l’aziendalizzazione del sistema sanitario sia stata in grado di rispondere in modo più efficace ed appropriato ai nuovi bisogni della popolazione.

Riferimenti bibliografici

Adinolfi P., Performance-related pay for health service professionals: the Italian case, *Health Services Management Research* 11:211-20, 1998.

Adinolfi P., Piscopo G., *L'innovazione gestionale in sanità: contributi ed esperienze*, Aracne Editrice, Roma, 2012.

Adinolfi P., *Ripensare la sanità: un progetto intorno all'uomo*, Aracne Editrice, Roma, 2015.

Amatucci F., Lecci F., *Le operazioni di partnership pubblico privato in Sanità. Un'analisi critica*, sta in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, 2006

Anessi Pessina E., Cantù E, Carbone C. e Ferré F., *Executive Summary di "L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010*, a cura di E. Cantù, Egea, Milano, 2010.

Anessi Pessina E., Cantù E., *Whither managerialism in the Italian National Health Service?*, *International Journal of Health Planning and Management* 21:327-55, 2006.

Anessi Pessina E., *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, 2002.

Bandini F., (1999), *La gestione del personale nelle aziende sanitarie*, in *Spunti di riflessione per la ricerca in sanità*, Mecosan, n. 30.

Baraldi G., *La formazione come strumento di miglioramento continuo*, in *Monitor, Assr, N° 14*, 2006.

Bergamaschi C., *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, Mc Graw Hill, Milano, 2009.

Bergamaschi M. (1999), *Logiche e strutture organizzative nelle aziende sanitarie*, in *Spunti di riflessione per la ricerca in sanità*, Mecosan, n. 30.

Bissoni G., (1996), *Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni*, in *Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero*, Napoli, 6 maggio.

Bonamico M., *Strumenti innovativi della formazione in sanità*, in *Monitor, Assr, N° 14*, 2005.

Bondonio D., Cestari R., (1994), *Analisi e prospettive del dipartimento ospedaliero*, in *Organizzazione Sanitaria*, n. 2.

- Bonetti G., (1997), Il ruolo del dipartimento nell'organizzazione dei servizi sanitari, in *Organizzazione Sanitaria*, n. 5.
- Bonti M.C., (1992), L'USL: criticità di alcuni aspetti organizzativi, in *Azienda Pubblica*, n.3.
- Borgonovi E. (a cura di), (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- Borgonovi E., Cavenago D., Zangrandi A., Burani G., Fiorentini G., Vaccani R., (1988), *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- Borgonovi E., La formazione del medico per i processi di cambiamento dei sistemi sanitari, *Mecosan* 6(24):2-7, 1997.
- Braghetto I., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni, in *Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero*, Napoli, 6 maggio.
- Caccia C., Longo F., (1994), L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio-sani
- Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Carbone C., Ferré F., Liotta A., La struttura del SSN, in "L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010", a cura di E. Cantù, Egea, Milano, 2010.
- Contini F., Perucci B., Sacchi A., (1991), Cultura organizzativa e processo di cambiamento nelle unità sanitarie locali: presentazione di un'esperienza formativa, in *Studi organizzativi*, n.1.
- Corradini A., (1997), I modelli organizzativi per le aziende U.S.L.: tradizione ed innovazione, in *Mecosan*, n. 20.
- Coser R., (1958), Authority and decision-making in a hospital, in *American Sociological Review*, n. 23.
- Crozier M., Friedberg E., (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, trad. it. (1978), *Attore sociale e sistema*, Etas Libri, Milano.
- Cuccurullo F., La formazione manageriale quale strumento per promuovere risultati di qualità e costo, in *Monitor, Assr*, N° 14, 2005.
- D'Adamo A., *La formazione manageriale, il motore dello sviluppo in sanità*, Aracne Editrice, Roma, 2011.
- D'Anna R., (2004), *Caratteri e problemi di progettazione della struttura organizzativa*, Giappichelli, Torino.

D'ari R., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista del Ministero della Sanità, in Atti del Convegno: li Dipartimento Ospedaliero, Napoli.

De Simone S., (2000), Organizzazione e qualità nella gestione delle Aziende Sanitarie, Anello, Napoli.

De Vita P., (2000), I confini dell'azione organizzativa, in Mercurio R., Testa F., Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business, Giappichelli, Torino.

Defra I., Burattini R., et Altri, (2000), Ruolo del direttore di dipartimento, come sostenere il cambiamento?, in De Sanitate, Marzo.

Del Vecchio M., (2000), Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche, in Mecosan, n. 33.

Del Vecchio M., Longo F., (1993), Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.l.vo n.502/92, in Mecosan, n.6.

Del Vecchio M., Prandi F., Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario, Mecosan 13(52):99-106, 2004.

Del Vecchio M., Prandi F., Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario, Mecosan 13(52):99-106, 2004.

Di Falco C., Sticca G., Ruolo del direttore sanitario d'ospedale, L'Ospedale 4:36-8, 2005.

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.

Filannino C., La funzione manageriale delle professioni non mediche nelle aziende sanitarie, Mecosan, n. 18, 1996.

Filosa Martone R., La formazione manageriale in sanità: obbligo istituzionale o scelta strategica?, Giappichelli, Torino, 2001.

Fontana F., Lorenzoni G. (a cura di), (2000), L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica, Franco Angeli, Milano.

Franco M., (1991), I piccoli gruppi strutturati, Giappichelli, Torino.

Franco M., (2000), L'analisi organizzativa: il gruppo, in Mercurio R., Testa F., Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business, Giappichelli, Torino.

- Franco M., Adinolfi P., De Simone S., (2001), Efficienza e flessibilità nelle reti: un'indagine sul sistema sanitario italiano, in atti del 2° Workshop dei Docenti e Ricercatori di Organizzazione Aziendale sul tema "Flessibilità & Performance", Padova.
- Friedson E., (1970), Professional Dominance: The social structure of medical care, Atherton Press, New York.
- Fusaroli P., (1999), Il Dipartimento chirurgico nel presidio ospedaliero di Ravenna, in Mecosan, n. 30.
- Gaia E., Poncini D., (1999), Dipartimenti ospedalieri: realtà e prospettive, Edizioni Minerva Medica, Torino.
- Galbraith J. R., (1973), Designing Complex Organizations, Addison Wesley, New York.
- Gerloff E.A., (1985), Organizational Theory and Design, Mc-Graw-Hill, New York. Trad. it., 1989, Strategie organizzative, Mc-Graw-Hill, Milano.
- Grandori A., (1995), L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, Bologna.
- Grandori A., (1999), Organizzazione e comportamento economico, Il Mulino, Bologna.
- Greenwood R., Hinings C.R., (1996), Understanding Radical Organizational Change: Bringing
- Guerra G., (1992), Psicosociologia dell'ospedale: Analisi organizzativa e processi di cambiamento, NIS, Roma.
- Guizzardi M., Borelli S., Sviluppo organizzativo e formazione in Sanità: il caso della AUSL di Bologna, FOR 15(49):52-4, 2001.
- Guzzanti E., Mazzeo M.C., et Altri, (1995), I dipartimenti e le aree funzionali omogenee nella riorganizzazione ospedaliera, in Notizie Sigo, Marzo.
- Hawley A., (1968), Human Ecology, in David L. Sills (ed.), International Encyclopedia of Social Sciences, Macmillan, New York.
- Heydebrand W., (1973), Hospital Bureaucracy. A comparative Study of Organizations, Cambridge University Press, Cambridge.
- Hood C., A public management for all seasons, Public Administration 69(1):3-19, 1991.
- International Journal of Health Planning and Management 21:327-55, 2006.
- Isotta F., (2003), (a cura di), Organizzazione aziendale, Cedam, Padova.

- Lega F., (1999), Dalle strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del Dipartimento ospedaliero, in *Mecosan*, n. 30.
- Lega F., *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano, 2002.
- Maggi B., (1989), L'organizzazione dei servizi sanitari, in *Sviluppo e Organizzazione*, n.115.
- Maggi B., (1994), L'organizzazione dei Servizi Sanitari, in *Organizzazione Sanitaria*, n. 2.
- Mastrilli F., (1996), Struttura ed organizzazione funzionale del Dipartimento ospedaliero: la proposta dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, in *Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero*, Napoli.
- Menichetti E., L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: profili di organizzazione e della dirigenza, in "L'aziendalizzazione nel D.Lgs. 229/99", a cura di Balduzzi R. e Gaspare G., Giuffrè Editore, Milano, 2001.
- Mercurio R., Testa F., (2000), *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.
- Meyer J., Rowan B., (1977), Institutionalized Organizations. Formal Structure as Myth and Ceremony, in *American Journal of Sociology*, n. 83.
- Mintzberg H., (1983), *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. Trad. it., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1985.
- Morgagni S., (1999), *Finanziamento e management del Dipartimento ospedaliero*.
- Nuti S., Brambini A., *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, 2005.
- Nuti S., *Innovare in Sanità. Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto*, ETS, 2005.
- Olla G., Pavan A., (1996), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- Osborne D., Gaebler T., *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Addison-Wesley, Reading, Ma, 2002.
- Perrow O. (1972), The Relationship between Administrative Activities and Hospital Performance, in *Administrative Science Quarterly*, n. 17, September.
- Perrow O., (1965), Hospitals: Technology, structure and goals, in March J. (ed), *Handbook of organizations*, Rand McNally, Chicago.

- Pesaresi F., (1996), Il dipartimento ospedaliero nelle Marche, in ASI, n.38.
- Piscopo G., Le nuove sfide della formazione manageriale: filosofia e “blending” formativo del Master DAOSan, in La formazione manageriale come strumento di cambiamento: applicazioni alla sanità a cura di Piscopo G., Aracne, Roma, 2010.
- Porter M., (1987), Il vantaggio competitivo, Edizioni Comunità, Milano.
- Powell W.W., Di Maggio P., (editors), (1991), The New Institutionalism in Organizational Analysis, University of Chicago, Chicago.
- Profili S., Sammarra A., Gli strumenti di incentivazione finanziaria come meccanismo di coordinamento dell’attività medica, in atti del 1° Workshop dei Docenti e Ricercatori di Organizzazione Aziendale sul tema "Le sfide organizzative di fine/inizio secolo", Bologna, 2000.
- Provera F., Il dipartimento come modello innovativo di organizzazione e sviluppo dell’ospedale, in Atti del Convegno: Il Dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera, Ospedale Fatebenefratelli, Milano, 1994.
- Regione Campania, Piano Ospedaliero Regionale per il triennio 1997-99, Bollettino Ufficiale della Regione Campania, 10 marzo,1998.
- Renga G., Ripa F., Presupposti funzionali e operativi del dipartimento, in Gaia E., Poncini D., Il Dipartimento Ospedaliero, Edizioni Minerva Medica, Torino, 1994.
- Ricciarelli G., Le strutture dipartimentali nelle aziende ospedaliere”, in Atti del Convegno Economia e Direzione delle Aziende Sanitarie, Luci e ombre, prospettive a cinque anni dalle riforme, Roma, 1998.
- Rotondi M., Facilitare l’apprendere, FrancoAngeli, Milano, 2000.
- Rotondi M., Formazione carta vincente. La competenza dei vertici ASL è l’asso per conquistare più efficienza, Sanità & Management, n. 12, Il Sole 24 Ore, Milano, 2001.
- Rotondi M., Il leader cresce fuori dall’aula, Sanità & Management, n. 7/8, Il Sole 24 Ore, Milano, 2014.
- Rotondi M., Leading By Value. Promuovere la cultura etico-manageriale. Una cordata ‘salva-valori, Sanità & Management, n. 6, Il Sole 24 Ore, Milano, 2003.
- Rotondi M., Per l’individuo o per l’azienda? Tendenze per una formazione di qualità in Sanità, FOR, Rivista per la formazione, n.61,2004.

Rotondi M., Total Quality Management. Analisi sulle vie per superare l'impasse 'qualità'. Il paradosso delle due scelte, Sanità & Management, n. 1, Il Sole 24 Ore, Milano, 2001.

Rotondi M., Work Learning Place (WLP) un modello di formazione centrato sulla fiducia, in "Un senso per l'apprendere" a cura di M. Rotondi, FrancoAngeli, Milano, 2002.

Rovelli P., Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista degli operatori, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli, 1996.

Ruffini R., (1996a), La sanità, in Costa G., Nacamulli R.C.D., (a cura di), Manuale di Organizzazione Aziendale, Vol. 5, Utet, Torino.

Ruffini R., (1996b), Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, in Mecosan, n.18. Ruta O., (1990), Atto medico e paziente tra processo patologico e processo produttivo, in Economia & Management, Volume 16.

Saccomanno M., Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli, 1996.

Smith A., 1776, An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations. Trad. it. Indagine sulla natura e le cause della ricchezza delle nazioni, Isedi, Milano, 1973.

Tanese A., Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie, in Mecosan, n.29, 1999.

tario pubblico, in Mecosan, n.10.

Thompson J. D., 1967, Organizations in Action, McGraw-Hill, New York. Trad. it., , L'azione organizzativa, Isedi, Torino, 1988.

Verme G., La scelta ed i risultati del modello organizzativo DSG, in Atti del Verme G., Rosina F., Visconti F., (1997), Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico, in Mecosan, n. 21, 1997.

Veronesi E., Economia ed etica per la gestione manageriale della sanità, in L'arco di Giano, n.7, 1995.

Yin R.K., Case study research. Design and methods, 2nd edition, SAGE Publications, London, 1994.

Zanetti M., Il dipartimento come nuova modalità organizzativa, in Atti del Convegno: il Dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera, Ospedale Fatebenefratelli, Milano, 1994.