

INTRODUZIONE	pag. 3
---------------------------	---------------

CAPITOLO 1: Norme storia e identità delle professioni sanitarie con funzioni manageriali	pag. 5
---	---------------

1.1. Le professioni sanitarie	pag. 5
--	---------------

1.1.1. La regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie.....	pag. 5
--	--------

1.1.2. La classificazione dei profili delle professioni sanitarie	pag. 8
---	--------

1.1.3. La costituzione degli ordini delle professioni sanitarie	pag. 10
---	---------

1.1.4. La classe delle professioni sanitarie riabilitative	pag. 11
--	---------

1.2. Dirigenti delle professioni sanitarie	pag. 16
---	----------------

1.2.1. Lo sviluppo della figura del Dirigente delle professioni sanitarie: iter legislativo.....	pag. 16
--	---------

1.2.2. Ruolo, funzioni attività del dirigente delle professioni sanitarie	pag.22
---	--------

1.3. Dirigente delle professioni sanitarie di area riabilitativa	pag. 29
---	----------------

CAPITOLO 2: La direzione del servizio delle professioni sanitarie e di area riabilitativa, confronto tra regioni	pag. 33
---	----------------

2.1. Il Sistema Sanitario Nazionale, il Sistema Sanitario Regionale e l'organizzazione delle aziende sanitarie.....	pag. 33
--	----------------

2.2. La Direzione delle professioni sanitarie e di area riabilitativa	pag. 38
--	----------------

2.3. La Direzione delle professioni sanitarie e di area riabilitativa: confronto tra regioni	pag. 40
---	----------------

2.3.1. Veneto	pag. 41
---------------------	---------

2.3.2. Emilia-Romagna	pag. 44
-----------------------------	---------

2.3.3. Toscana	Pag. 49
----------------------	---------

CAPITOLO 3: La direzione delle professioni sanitarie e di area riabilitativa nella Regione MARCHE stato dell'arte e prospettive future	pag. 52
---	----------------

3.1. Il sistema Sanitario Regionale delle Marche: iter legislativo	pag. 52
---	----------------

3.1.1. Norme di riferimento del Sistema Sanitario delle Marche	pag. 52
--	---------

3.1.2. Legge regionale 13/2003 e SMI	pag. 53
--	---------

3.1.3.	La legge di riforma del SSR LR 19/22	pag. 55
3.1.3.1.	<i>Finalità</i>	pag. 55
3.1.3.2.	<i>Gli enti del SSR</i>	pag. 56
3.1.3.3.	<i>Gli organi delle AST</i>	pag. 57
3.1.3.4.	<i>Organizzazione delle AST</i>	pag. 60
3.1.3.5.	<i>Distretti dipartimenti e presidi ospedalieri</i>	pag. 62
3.1.3.5.	<i>Agenzia Sanitaria Regionale (ARS)</i>	pag. 65
3.2.	Servizio professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e della professione sanitaria ostetrica e servizio sociale professionale	pag. 67
CAPITOLO 4: Proposta di assetto organizzativo delle professioni sanitarie e di area riabilitativa		pag. 72
4.1.	Confronto tra modelli	pag. 72
4.2.	Proposta modello dipartimentale	pag. 73
4.2.1.	Mission, Vision, Values del dipartimento delle prof. Sanitarie.....	pag.73
4.2.2.	Organizzazione del dipartimento delle professioni sanitarie e di area riabilitativa	pag. 76
4.2.3.	Unità Operativa Complessa Professioni della riabilitazione	pag. 78
CONCLUSIONI.....		pag. 80
BIBLIOGRAFIA.....		pag. 83

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, e soprattutto dopo la pandemia da covid-19, ha trovato rinnovato vigore il dibattito sullo sviluppo di competenze specialistiche nelle professioni sanitarie. Un ampliamento del campo proprio di attività e responsabilità dei professionisti sanitari si rende necessario: sia quale esigenza di adeguamento all'evoluzione scientifica e tecnologica della sanità, sia a causa delle trasformazioni intervenute sotto il profilo demografico ed epidemiologico dei bisogni di salute della popolazione, sia a causa della sempre maggiore complessità nell'ambito organizzativo e gestionale del sistema sanitario nazionale e regionale. Per tutte le ragioni elencate poc'anzi all'interno delle professioni della salute stanno assumendo un'importanza sempre maggiore le funzioni di natura manageriale e sta emergendo la necessità di istituire ruoli di coordinamento e dirigenza.

Il dirigente delle professioni sanitarie (di tutte le aree, riabilitativa compresa), essendo esperto nel coordinare o dirigere i servizi che il più delle volte assorbono un gran numero di risorse umane e abituato ad avere rapporti con altre funzioni per i problemi relativi alla gestione delle altre risorse (tecnologiche, materiali etc.), può dare un contributo insostituibile nel portare a compimento il fine ultimo delle aziende sanitarie, ovvero quello di offrire il miglior servizio possibile all'utente al costo più sostenibile per l'intero sistema. Inoltre, la sua partecipazione alla direzione aziendale può garantire al servizio e alle professioni che dirige, opportunità in termini di rappresentatività e visibilità.

Le norme di riferimento, tuttavia, pur avendo contribuito all'evoluzione di dette figure, non approfondiscono le funzioni e i ruoli all'interno delle organizzazioni, lasciando ampio spazio alle regolamentazioni locali e alle declinazioni specifiche. Questo, se da un lato rende le figure manageriali adattabili alle necessità dei contesti, dall'altro, contribuisce in una certa misura, a una parcellizzazione e differenziazione dei profili stessi. Di conseguenza la direzione delle professioni sanitarie, struttura che ha la titolarità dell'indirizzo, dell'organizzazione e coordinamento del personale appartenente a tutte o a una parte delle professioni sanitarie, può assumere caratteristiche diverse nelle varie realtà aziendali.

Altra fonte di variabilità risiede nella riforma del Titolo V della Costituzione, che delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari

dove l'accesso a servizi e prestazioni è profondamente diversificato. Ciò ha comportato una differenziazione nelle decisioni legislative delle singole regioni determinando diversità degli apparati, delle strutture, delle scelte e delle modalità organizzative anche per quanto riguarda la direzione delle professioni sanitarie.

Come ultimo elemento da considerare c'è il fatto che il rinnovamento dei Servizi sanitari è un tema centrale del dibattito politico e scientifico, emerso ancora più prepotentemente dopo aver affrontato la crisi pandemica da COVID-19. In questo senso, la Regione Marche con la L.R. 19/22 si è posta l'obiettivo strategico di semplificare il quadro organizzativo della sanità, migliorando le risposte SSR alle richieste di servizi alla salute dei cittadini.

- Sulla base di queste premesse, il presente lavoro intende analizzare i risvolti del nuovo quadro normativo all'interno della dirigenza delle professioni sanitarie (e di area riabilitativa) nelle AST, individuando i fattori di cambiamento introdotti dal legislatore regionale rispetto al sistema previgente, e analizzando i principi ispiratori del riordino.
- Verrà analizzato come, sulla base dei cambiamenti e delle criticità emerse dal riassetto del SSR e dal confronto con assetti organizzativi di altre regioni (Veneto, Toscana, Emilia-Romagna), il ruolo del dirigente delle professioni sanitarie (ed in particolare di area riabilitativa) possa strutturarsi nel contribuire all'adempimento del principio ispiratore della normativa, cioè di una sanità calata nel territorio e più vicina al cittadino.

Capitolo 2: Norme storia e identità delle professioni sanitarie con funzioni manageriali

1.1. Le professioni sanitarie

1.1.1. La regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie

Fino a poco tempo fa si pensava che il sistema sanitario italiano potesse reggersi sull'opera di un numero piuttosto ristretto di più professionisti e di operatori: nell'opinione comune era ben presente la figura del medico di famiglia, che visitava gli assistiti a domicilio o nel proprio ambulatorio, quelle del medico ospedaliero e dello specialista, inseriti nei diversi reparti degli ospedali, delle cliniche private e delle case di cura, quelle dell'infermiere e dell'ostetrica (declinate rigorosamente al femminile) del fisioterapista, del tecnico di radiologia e infine quella un po' meno visibile del tecnico di laboratorio.

A partire dagli anni 90 del secolo scorso, il sistema sanitario per una serie di fattori che non è richiesto approfondire in questa sede, ha vissuto profonde modificazioni nella sua struttura, nell'organizzazione di ogni suo ambito, nei meccanismi di funzionamento e nelle procedure di ciascun servizio. Tra i cambiamenti più visibili, un posto di rilievo viene occupato dalla costante evoluzione delle cosiddette professioni sanitarie “non mediche” che sono aumentate nella composizione quantitativa e, soprattutto, si sono ridefinite negli aspetti qualitativi, accrescendo progressivamente il proprio ruolo nel mondo sanitario e sociale, maturando una posizione di rilievo sul piano della formazione e delle competenze richieste, acquisendo autonomia e responsabilità nell'espletamento delle proprie funzioni.

Si tratta di un tipico processo di “professionalizzazione”⁽¹⁾, cioè di un percorso che non solo ha prodotto nuove figure occupazionali, ma ha anche trasformato operatori in passato meno riconosciuti in veri e propri professionisti, identificati dalla società nel suo insieme così come dai suoi rappresentanti politici, che hanno provveduto ad aggiornare e rendere congrua la normativa rivolta a regolamentare la formazione, l'esercizio e l'organizzazione di tali professioni. Infatti, la professionalizzazione delle diverse figure di operatori

sanitari attualmente inserite nel sistema sanitario si è resa particolarmente evidente per due aspetti fondamentali, entrambi rintracciabili nella normativa emanata a tale scopo:

- 1) la definizione (per le nuove professioni) o riordino (per quelle storiche) di una precisa area di competenza, di attività e responsabilità, assegnata a ciascuna professione, mediante l'emanazione per decreto ministeriale di uno specifico profilo professionale, nel quale vengono definiti i requisiti necessari alla sua individuazione (requisiti formativi e di altra natura, obbligatori per il possesso del titolo e per l'esercizio della professione, principali aree di competenza e di attività, principali funzioni, obblighi di natura giuridica e deontologica, ecc.);
- 2) la valorizzazione della formazione di base e post base di tali profili, sancita con il definitivo ingresso dei corsi per il conseguimento di tali titoli (precedentemente inseriti nel sistema della formazione professionale, a competenza concorrente statale e regionale) nel sistema universitario. In una prima fase, nel corso degli anni '90, con lo strumento dei diplomi universitari e, a seguito della riforma universitaria del 1999, con le istituzioni delle lauree e delle lauree specialistiche (ora denominate magistrali, in applicazione. D.M. n. 270 del 22 ottobre 2004 ⁽²⁾, vincolante per tutte le università italiane a partire dall'anno accademico 2011/2012).

Attualmente sotto la locuzione “professioni sanitarie non mediche”, si annoverano 22 profili di professionisti sanitari: in alcuni casi, si tratta di figure “storiche”, cioè di professioni già da tempo riconosciute (infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici sanitari di radiologia medica, ecc.); in altri casi, invece, si tratta di figure emergenti del tutto nuove, che si sono recentemente prodotte in relazione alle esigenze specialistiche di un sistema sanitario sempre più complesso e articolato.

Il quadro normativo su cui poggia il sistema di regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie appare vasto e complesso. Per introdursi in tale ambito giova dunque riferirsi alle due norme ritenute dagli addetti ai lavori un punto fondamentale nel lungo, e tuttora in atto, processo di riforma di tali professioni: la legge 26 febbraio 1999 n. 42, recante “disposizioni in materia di professioni sanitarie” ⁽³⁾ e la legge 10 agosto 2000, n. 251, recante “disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica” ⁽⁴⁾.

La volontà del legislatore espressa da questo combinato disposto si sviluppa in quattro punti.

- 1) La scomparsa del carattere di sussidiarietà delle professioni sanitarie nei confronti di quella medica. Si consideri, in particolare, che la legge 42/1999 ha previsto la modifica della precedente classificazione, risalente addirittura al Regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265, che distingueva le professioni sanitarie in: a) professioni sanitarie cosiddette principali (comprendenti il medico chirurgo, il veterinario, il farmacista e, dal 1985 l'odontoiatra), b) professioni sanitarie ausiliarie, nelle quali erano inquadrate l'ostetrica, l'assistente sanitario, l'infermiere e tutte le figure sanitarie per le quali era stato pubblicato uno specifico profilo professionale. La legge 42 del 1999 ha abolito tale suddivisione e la terminologia “professione sanitaria ausiliaria”, prevedendo l'inquadramento di tutte le figure come “professioni sanitarie”.
- 2) Il riconoscimento di una definita area di competenza e di responsabilità e, conseguentemente, di una specifica autonomia professionale, affermata anche in virtù dell'abrogazione per le professioni che ne erano provviste, di norme di abilitazione di carattere mansionariale. La legge 42/1999, infatti, viene ricordata in modo particolare dagli infermieri poiché ha finalmente cancellato il cosiddetto “mansionario”, una rigida e obsoleta lista di compiti tecnici cui l'infermiere era obbligato ad attenersi nel quadro di una concezione meramente esecutiva dell'assistenza.
- 3) L'esplicito richiamo ai codici deontologici, cioè agli insiemi di principi etici e di norme deontologiche prodotti dalle professioni stesse, come riferimento per la determinazione del proprio campo di attività e di responsabilità. Secondo tale concezione, il codice deontologico non si limita a esprimere indicazioni di carattere generale circa i valori professionali, ma assume pienamente la funzione di guida concreta per il professionista in ordine ai problemi dettati dall'esercizio quotidiano e, dunque, rappresenta uno strumento maggiormente adeguato al grado di autonomia e di responsabilità ora assegnato alle professioni sanitarie, rispetto alla precedente logica dei “mansionari”.
- 4) Il richiamo agli ordinamenti didattici della formazione universitaria di base e post base delle professioni sanitarie e alla conseguente realizzazione di percorsi formativi in grado di assicurare ai futuri professionisti le competenze necessarie per rispondere al proprio mandato professionale.

In sintesi, la legge 42/1999 aggiorna i criteri fondamentali che regolamentano l'esercizio delle professioni sanitarie, precisando i riferimenti concreti per

l'individuazione degli ambiti e dei confini di ciascuna specifica professione. Essi sono ora rappresentati:

- dai profili professionali,
- dai codici deontologici
- dagli ordinamenti didattici della formazione universitaria e post base.

Alla legge 42/1999 è seguita la legge 251/2000 che ha completato il percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie, rafforzando ulteriormente gli obiettivi dell'autonomia e della diretta responsabilità di tali attività, ribadendo che gli operatori delle diverse professioni sanitarie svolgono con autonomia le attività e funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili, nonché dagli specifici codici deontologici. Questa legge viene comunemente indicata come **legge della dirigenza**, poiché ha reso possibile l'attribuzione alle professioni sanitarie della responsabilità della gestione diretta dell'assistenza in tutte le aziende sanitarie.

Il percorso normativo relativo alla funzione della dirigenza per le professioni sanitarie si è completato con l'emanazione del D.P.R. 25 gennaio 2008⁽⁵⁾, recante la disciplina concorsuale per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie. infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica”. Tale decreto individua, i requisiti specifici di ammissione di cui si discuterà in seguito.

1.1.2. La classificazione dei profili delle professioni sanitarie

La citata legge 251/2000 ha determinato, nei suoi primi quattro articoli, la struttura generale attualmente utilizzata per la classificazione delle professioni sanitarie, individuando le professioni sanitarie infermieristiche e la professione sanitaria ostetrica. (Art. 1), le professioni sanitarie riabilitative (Art. 2), le professioni tecnico-sanitarie, a loro volta distinte in un'area tecnico diagnostica e un'area tecnico assistenziale (Art. 3) e, infine, le professioni tecniche della prevenzione (Art. 4).

In effetti si era da qualche tempo avvertita la necessità di ordinare in modo sistematico le figure professionali operanti nel sistema sanitario, i cui primi profili erano stati emanati a partire dalla metà degli anni '90. Le professioni sanitarie a oggi classificate secondo l'architettura originariamente stabilita dalla legge 251 del 2000 sono 22. L'esatta collocazione di ciascun profilo professionale è stata individuata con il D.M. Sanità 29

marzo 2001, n. 118⁽⁶⁾, tale decreto elenca le figure professionali sanitarie, raggruppandole secondo le classi precedentemente stabilite dalla legge 251 del 2000.

- 1) Nella prima classe, *professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica*, sono incluse le figure dell'infermiere, dell'ostetrica e dell'infermiere pediatrico.
- 2) Nella seconda classe, *professioni sanitarie riabilitative*, sono incluse le figure del podologo, del fisioterapista, del logopedista, dell'ortottista (assistente di oftalmologia), del terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, del tecnico della riabilitazione psichiatrica, del terapeuta occupazionale e dell'educatore professionale.
- 3) Nella terza classe, *professioni tecnico sanitarie*, sono incluse, nell'area tecnico diagnostica, le figure del tecnico audiometrista, del tecnico sanitario di laboratorio biomedico, del tecnico sanitario di radiologia medica, del tecnico di neurofisiologia; nell'area tecnico assistenziale sono invece incluse le figure del tecnico ortopedico, del tecnico audioprotesista, del tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, dell'igienista dentale e del dietista.
- 4) Nella quarta classe, *professioni tecniche della prevenzione*, sono incluse le figure del tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e dell'assistente sanitario.

La classificazione prevista dal DM 118/2001 presenta un primo tentativo di riordinare secondo criteri logici e sistematici, il complesso panorama delle professioni sanitarie. L'attuale classificazione rappresenta un importante elemento di razionalizzazione del sistema delle professioni sanitarie e, in particolare, un riferimento indispensabile per la definizione degli ordinamenti didattici delle lauree specialistiche, ora denominate magistrali, in applicazione al DM n. 270 del 22 ottobre 2004, che come noto, non sono distinte per profilo professionale ma per classe di professione sanitaria.

Un ulteriore passo in materia di classificazione dei profili delle professioni sanitarie è costituito dalla legge 1° febbraio 2006 n. 43⁽⁷⁾, recante “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie, della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”. Per quanto riguarda la revisione della classificazione delle professioni sanitarie, la nuova legge articola il personale laureato afferente alle professioni sanitarie in quattro categorie:

- 1) **professionisti**, in possesso della laurea di primo livello o di altro titolo equipollente ai sensi della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
- 2) **professionisti coordinatori**, in possesso del master universitario di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento;
- 3) **professionisti specialisti**, in possesso del master universitario di primo livello per le funzioni specialistiche (ci si riferisce qui alla specializzazione in particolari ambiti clinici);
- 4) **professionisti dirigenti**, in possesso della laurea magistrale e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno 5 anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000 n. 251.

1.1.3. La costituzione degli ordini delle professioni sanitarie

L'entrata in vigore della legge Lorenzin (L. 3/2018) ⁽⁸⁾ ha profondamente mutato la struttura del servizio sanitario nazionale fin dalle sue fondamenta. Grazie a questa legge si è dato vita ad un nuovo soggetto istituzionale, che comprende più di 200mila professionisti suddivisi in 22 professioni sanitarie con competenze che variano dal sociale all'area sanitaria.

Sulla base della Legge 43/2006 (“Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”), le professioni sanitarie nell'ordinamento italiano sono tutte quelle professioni i cui operatori, in forza di un titolo abilitante rilasciato/riconosciuto dalla Repubblica italiana, lavorano in campo sanitario, l’iter formativo è esclusivamente di livello universitario, sono poste sotto la vigilanza del Ministero della Salute, per esercitare una di esse occorre aver conseguito una laurea triennale ed aver successivamente superato un esame di Stato per l'abilitazione alla relativa professione. Le professioni sanitarie, poste sotto la vigilanza del Ministero della Salute, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, assistenza, cura e riabilitazione. L’art 3 della presente legge sancisce, inoltre, per gli esercenti le professioni sanitarie l’obbligo d’iscrizione ai rispettivi albi professionali.

Delle ventidue professioni sanitarie regolamentate dalla normativa, soltanto alcune erano state definitivamente normate attraverso la costituzione di rispettivi collegi, le altre

erano invece organizzate in associazioni volontarie per lo più riconosciute con specifico Decreto del Ministero della Salute del 19/06/2006 ⁽⁹⁾ come maggiormente rappresentative a livello nazionale dei rispettivi profili professionali (AMR).

Successivamente con il Decreto del 13 marzo 2018, attuativo della Legge n. 3 del 2018⁽¹⁰⁾ ("Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute"), vengono istituiti gli albi delle professioni sanitarie, fino a quel momento regolamentate e non ordinate, che entrano a far parte dell'"Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione". Si completa così il quadro normativo per tutte le 22 professioni sanitarie, ognuna delle quali, ora, possiede un Albo professionale di riferimento.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 11 gennaio 2018, n. 3 nasce La Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (acronimo: FNO TSRM e PSTRP). La Federazione è un Ente pubblico non economico sussidiario dello Stato, che raccoglie 61 ordini professionali provinciali e interprovinciali

Sulla base dell'art. 4, comma 9 lett. d), nel caso in cui il numero degli iscritti a un albo sia superiore a cinquantamila unità, il rappresentante legale dell'albo può richiedere al Ministero della Salute l'istituzione di un nuovo Ordine che assuma la denominazione corrispondente alla professione sanitaria svolta. In tutto il territorio nazionale sono stati censiti più di 63.000 fisioterapisti, per tale ragione è stata istituita la Federazione Nazionale dei Fisioterapisti (FNOFI) con Decreto del Ministero della Salute n. 183 dell'8 settembre 2022⁽¹¹⁾.

1.1.4. La classe delle professioni sanitarie riabilitative

In questa classe sono incluse le figure del podologo, del fisioterapista, del logopedista, dell'ortottista, del terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, del tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, del terapeuta occupazionale e dell'educatore professionale.

- Il **podologo** ⁽¹²⁾, secondo il profilo professionale emanato con il DM Sanità 14 settembre. 1994 n. 666, è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e nel rispetto della normativa vigente, conduce l'esame

obiettivo del piede ed è responsabile del trattamento con metodi incruenti (che cioè non comportano incisioni profonde dei tessuti né alcuna forma di anestesia), ortesici e idromassaggio terapeutici, di alcuni suoi disturbi quali, le callosità, le unghie ipertrofiche, deformi e incarnite, nonché il piede doloroso. Inoltre, il podologo su prescrizione medica previene e cura le ulcerazioni delle verruche del piede e assiste, anche ai fini dell'educazione sanitaria, i soggetti portatori di malattie a rischio.

- Il **fisioterapista** ⁽¹³⁾, secondo il profilo professionale emanato con il DM Sanità 14 settembre 1994 n. 741, è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali, conseguenti a eventi patologici di diversa natura. In riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

- elabora anche in équipe multidisciplinare la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
- pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
- propone l'adozione di protesi ausili in addestra all'uso e ne verifica l'efficacia.

Il fisioterapista svolge attività di studio, di didattica e di consulenza professionale nei servizi sanitari e in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali.

- Il **logopedista** ⁽¹⁴⁾, secondo il profilo professionale emanato con il DM Sanità 14 settembre 1994 n. 742, è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica. L'attività del logopedista è volta all'educazione e alla rieducazione di tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale scritto e degli handicap comunicativi. In riferimento alla diagnosi e alla prescrizione del medico e nell'ambito delle proprie competenze, il logopedista:

- elabora anche in équipe multidisciplinare il bilancio logopedico volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute del disabile;

- pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale, delle disabilità comunicative e cognitive, utilizzando terapie logopediche di abilitazione e riabilitazione della comunicazione, del linguaggio verbali e non verbali;
- propone l'adozione di ausili e ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia.
- L'**ortottista** (o assistente di oftalmologia) ⁽¹⁵⁾, secondo il profilo professionale emanato con il DM Sanità 14 settembre. 1994 n. 743, è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante su prescrizione del medico, tratta i disturbi motori e sensoriali della visione ed effettua le tecniche di semeiologia strumentale oftalmologica.
- Il **terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva** ⁽¹⁶⁾, secondo il profilo professionale emanato con il DM Sanità 17 gennaio 1997 n. 56, è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, in collaborazione con l'équipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile e in collaborazione con le altre discipline dell'area pediatrica, gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili nelle aree della neuropsicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo. Il terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, in riferimento alle diagnosi e alle prescrizioni mediche e nell'ambito delle specifiche competenze:
 - adatta gli interventi terapeutici alle peculiari caratteristiche dei pazienti in età evolutiva con quadri clinici multiformi e che si modificano nel tempo in relazione alle funzioni emergenti;
 - individua ed elabora nell'équipe multiprofessionale, il programma di prevenzione, di terapia e riabilitazione volto al superamento del bisogno di salute del bambino con disabilità dello sviluppo;
 - attua interventi terapeutici e riabilitativi nei disturbi percettivo-motori, neurocognitivi e nei disturbi di simbolizzazione e di interazione del bambino, fin dalla nascita;
 - attua procedure rivolte all'inserimento dei soggetti portatori di disabilità e di handicap neuropsicomotorio e cognitivo;

- collabora all'interno dell'équipe multiprofessionale con gli operatori scolastici per l'attuazione della prevenzione, della diagnosi funzionale e del profilo dinamico funzionale del piano educativo individualizzato;
 - svolge attività terapeutica per le disabilità, neuropsicomotoria, psicomotorie e neuropsicologiche in età evolutiva, utilizzando tecniche specifiche per fascia d'età e per singoli stadi di sviluppo;
 - attua procedure di valutazione dell'interazione tra funzioni affettive, funzioni cognitive e funzioni motorie per ogni singolo disturbo neurologico, neuropsicologico e psicopatologico dell'età evolutiva;
 - identifica il bisogno e realizza il bilancio diagnostico e terapeutico tra rappresentazione somatica e vissuto corporeo e tra potenzialità funzionali generali e relazione oggettuale;
 - elabora e realizza il programma terapeutico che utilizza schemi e progetti neuromotori come atti mentali e come strumenti cognitivi e metacognitivi;
 - utilizza altresì la dinamica corporea come integrazione delle funzioni mentali e delle relazioni interpersonali;
 - verifica l'adozione di protesi e ausili rispetto ai compensi neuropsicologici e al rischio psicopatologico;
 - partecipa alla riabilitazione funzionale in tutte le patologie acute o croniche dell'infanzia.
- **Il tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica** ⁽¹⁷⁾, secondo il profilo professionale emanato con il DM Sanità 17 gennaio 1997 n. 57, è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi educativi sui soggetti con disagio e disabilità psichica. Il tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale:
- collabora alla valutazione del disagio psicosociale della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto;
 - analizza bisogni e istanze evolutive e rivela le risorse del contesto familiare e socioambientale;
 - collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psicosociale e psichiatrica, nonché alla formulazione dello specifico

programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;

- attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità, nonché, ove possibile, a un'attività lavorativa;
 - opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifeste;
 - opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità.
- Il **terapista occupazionale** ⁽¹⁸⁾, secondo il profilo professionale emanato con DM Sanità 17 gennaio 1997 n.136, è l'operatore che in possesso del diploma universitario abilitante, opera nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici e psichici, con disabilità, sia temporanee sia permanenti, utilizzando attività espressive, manuali-rappresentative, ludiche e della vita quotidiana. Il terapista occupazionale, in riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze e in collaborazione con altre figure socio-sanitarie:
- effettua la valutazione funzionale e psicologica del soggetto ed elabora, anche in équipe multidisciplinare, alla definizione del programma riabilitativo, volto all'individuazione e al superamento dei bisogni del disabile e al suo avviamento verso l'autonomia personale nell'ambito di vita quotidiana e nel tessuto sociale;
 - tratta condizioni fisiche psichiche e psichiatriche, temporanee o permanenti, rivolgendosi a pazienti di tutte le età;
 - utilizza attività sia individuali sia di gruppo, promuovendo il recupero e l'uso di funzioni finalizzate al reinserimento, all'adattamento all'integrazione dell'individuo nel proprio ambiente personale, domestico e sociale;
 - individua ed esalta gli aspetti motivazionali e le potenzialità di adattamento dell'individuo, proprie della specificità terapeutica occupazionale;
 - partecipa alla scelta e all'ideazione di ortesi, congiuntamente o in alternativa a specifici ausili;

- propone, ove necessario, modifiche dell'ambiente di vita e promuove azioni educative verso il soggetto in trattamento, verso la famiglia e la collettività.
 - **L'educatore professionale** ⁽¹⁹⁾, secondo il profilo professionale emanato con DM Sanità ottobre 1998 n. 520, è l'operatore che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico complessivo elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti allo sviluppo equilibrato della personalità mediante il raggiungimento di obiettivi educativi e relazionali in un contesto di partecipazione e di recupero alla vita quotidiana; cura inoltre il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.
- L'educatore professionale:
- programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà, per il raggiungimento di livelli più avanzati di autonomia;
 - contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie al fine di realizzare il progetto educativo integrato;
 - programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e di strutture sociosanitarie riabilitative e socioeducative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;
 - opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità.

1.2. Dirigenti delle professioni sanitarie

1.2.1. Lo sviluppo della figura del Dirigente delle professioni sanitarie: iter legislativo

Le attuali professioni sanitarie, suddivise in ventidue profili e quattro classi di laurea, hanno attualmente la possibilità di sviluppare la propria carriera in direzione manageriale, ricoprendo ruoli ed esercitando funzioni legati alla gestione dei servizi, allo

sviluppo delle risorse umane, al miglioramento dei processi di lavoro, al governo di sistemi e organizzazioni complesse. Ai fini di questa trattazione, la storia e l'evoluzione delle professioni verrà analizzata dal punto di vista delle norme che ne hanno tracciato lo sviluppo nel senso della carriera manageriale, ovvero per esercitare il proprio operato come coordinatore o dirigente. Sebbene i precursori siano stati gli infermieri, di seguito analizzeremo questo percorso concentrandosi sulle professioni della riabilitazione ⁽²⁰⁾.

Nel D.P.R. 7 settembre 1984, n. 821⁽²¹⁾, agli articoli 23, 25 e 27 si ritrovano gli operatori professionali coordinatori del personale tecnico-sanitario, di vigilanza e ispezione e, con funzioni di riabilitazione, tutti definiti come “operatori professionali di prima categoria”.

Di seguito le specifiche diciture degli articoli citati:

▪ **Articolo 23 – personale tecnico-sanitario:**

L'operatore professionale coordinatore svolge le attività attinenti alla sua competenza professionale. Coordina l'attività del personale nella posizione funzionale di collaboratore a livello di unità funzionale predisponendone i piani di lavoro nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile o dai responsabili delle unità operative, nel rispetto dell'autonomia operativa del personale stesso e delle esigenze del lavoro di gruppo. Svolge attività di didattica nonché attività finalizzata alla propria formazione. Ha la responsabilità professionale dei propri compiti limitatamente alle prestazioni e funzioni che per la normativa vigente è tenuto ad attuare.

▪ **Articolo 25 – Personale di vigilanza e ispezione:**

L'operatore professionale coordinatore svolge attività di vigilanza e ispezione proprie dell'unità operativa cui è assegnato. Partecipa all'attività di accertamento e controllo analitico di laboratorio dell'unità operativa cui è assegnato. Coordina l'attività del personale nella posizione di collaboratore predisponendone i piani di lavoro nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile o dai responsabili dell'unità operativa nel rispetto della autonomia operativa del personale stesso e delle esigenze del lavoro di gruppo. Svolge attività di didattica nonché attività finalizzata alla propria formazione. Ha la responsabilità professionale dei propri compiti limitatamente alle prestazioni e alle funzioni che per la normativa vigente è tenuto ad attuare.

▪ **L'Articolo 27 - Personale con funzioni di riabilitazione**

L'operatore professionale coordinatore svolge le attività attinenti allo specifico titolo professionale. Coordina l'attività del personale delle posizioni funzionali di collaboratore e di operatore professionale di II categoria predisponendone i piani di lavoro, nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile o dai responsabili delle unità operative, nel rispetto dell'autonomia operativa del personale stesso e delle esigenze del lavoro di gruppo. Svolge attività di didattica nonché attività finalizzata alla propria formazione. Ha la responsabilità

professionale dei propri compiti limitatamente alle prestazioni e funzioni che per la normativa vigente è tenuto ad attuare.

In ultima analisi, possiamo affermare che in tutte le professioni descritte nel DPR 821/84 comprese quelle della riabilitazione, vi è uno scarso “impianto” di tipo manageriale e un livello complessivo di autonomia gestionale piuttosto basso.

Gli ultimi anni del Novecento e i primi del nuovo secolo vedono l’emergere o il consolidarsi, a livello internazionale, di uno sviluppo delle professioni sanitarie non mediche

- maggiore preparazione del personale sanitario, in molti casi di tipo universitario;
- organizzazione dell’attività sanitaria e assistenziale tale da esaltare la professionalità e la capacità decisionale dei professionisti sanitari, con un sistema organizzativo non più solo funzionale, ma orientato alla personalizzazione dell’assistenza;
- ampliamento dell’area di responsabilità delle figure dirigenziali, le quali devono saper abbinare al tradizionale punto di vista clinico quello organizzativo e finanziario.

I professionisti sanitari con il ruolo di coordinatori e dirigenti, membri del management dell’azienda sanitaria, partecipano più che in passato alle decisioni generali, con lo scopo comune a tutta l’area direzionale di far sì che servizi, non di rado in competizione fra loro, erogino prestazioni coordinate e integrate.

Dall’inizio degli anni Novanta si apre la formazione universitaria per le professioni sanitarie. In quegli anni, la materia verrà regolamentata con diversi provvedimenti, finché non si arriverà a stabilire due livelli di formazione: la laurea triennale per l’accesso all’esercizio delle professioni sanitarie e la laurea specialistica, oggi denominata magistrale, che si ottiene a seguito di un ulteriore corso biennale. I decreti ministeriali che verranno emanati in data 2 aprile 2001 dal Ministero dell’Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica determineranno, sulla base di norme precedenti (in particolare del D.M. 3 novembre 1999, n. 509 ⁽²²⁾) e di indirizzi europei, le classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie e le classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie. La formazione universitaria così articolata ha trovato una regolamentazione più recente nel DM 22 ottobre 2004, n. 270. Una delle applicazioni pratiche è stato il sistema fondato su crediti strutturato in due cicli:

- il primo con durata triennale utile per l’inserimento nel mercato del lavoro,

- un secondo che completa il primo ciclo e fornisce competenze ulteriori per la pratica più avanzata.

L'obiettivo generale delle lauree magistrali è di fornire una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione, incluse le attività gestionali, infatti, tra gli obiettivi formativi qualificanti ve ne sono alcuni di tipo manageriale.

La legge 10 agosto 2000, n. 251, sottolinea come: “lo Stato e le Regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni ...”. In riferimento all'art. 7, viene sancito che: “Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio”, e che le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le altre professioni sanitarie.

L'indicazione apre una possibilità che prima non era mai stata ritrovata in un riferimento di legge: l'istituzione di ruoli di governo delle professioni sanitarie. L'attuazione di queste disposizioni ha comportato un cambiamento di grande portata: il nuovo dirigente, a capo di un autonomo Servizio delle professioni sanitarie variamente denominato, si è visto attribuite responsabilità e riconosciute competenze gestionali e organizzative prima impensabili.

Come già citato in precedenza, parlando dello sviluppo delle professioni sanitarie, la legge 1° febbraio 2006, n. 43, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”, contiene disposizioni molto importanti ai fini di questa trattazione:

- stabilisce l'articolazione del personale laureato appartenente alle professioni sanitarie;
- dichiara possibile l'istituzione della funzione di coordinamento e dirigenziali da parte delle organizzazioni sanitarie e sociosanitarie pubbliche interessate.

L'art. 6 fa sì che vengano previste due figure con il ruolo di specialista tecnico (prima possibilità di una carriera orizzontale) e due con funzioni manageriali (istituendo le figure dei professionisti coordinatori e dei professionisti dirigenti). La distinzione tra l'ambito

clinico e quello organizzativo-gestionale è netta, ma resta comunque la necessità per tutti di avere competenze dei due tipi: clinico e gestionale

Come si è potuto osservare dall'analisi proposta in queste pagine, le figure gestionali delle professioni sanitarie hanno visto rilevanti cambiamenti nell'ultimo ventennio, non solo nell'ambito strettamente manageriale, ma anche nelle stesse professioni di appartenenza. Ciò, accanto a mutamenti del sistema sociale e sanitario, ha creato uno scenario di grande turbolenza, dove ai professionisti "gestionali" è richiesto, spesso e contestualmente, di promuovere e garantire sia stabilità sia innovazione. Le norme di riferimento, pur avendo contribuito all'evoluzione di dette figure, non approfondiscono le funzioni e i ruoli all'interno delle organizzazioni, lasciando ampio spazio alle regolamentazioni locali e alle declinazioni specifiche. Questo, se da un lato "fortifica" le figure manageriali perché "adattabili" alle necessità dei contesti e produce possibilità di esercizio innovativo e creativo delle funzioni, dall'altro, contribuisce in una certa misura, a una parcellizzazione e differenziazione dei profili reali, che divengono e poco comparabili fra loro, riducendo le possibilità di uniformare e confrontare approcci e funzioni ⁽²³⁾.

La normativa sulla dirigenza si evolve con il DPCM 25 gennaio 2008, che recepisce l'accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente la disciplina di accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, così come individuata dalla L.251/00; requisiti:

- laurea specialistica o magistrale della classe relativa alla specifica area;
- cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità, relativa al concorso specifico, prestato in enti del Servizio Sanitario Nazionale nella categoria D o Ds, ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni;
- iscrizione ai relativi albi professionali, ove esistenti.

Per concludere l'exkursus normativo fatto finora, si deve annoverare l'art. 41 del CCNL integrativo dell'area della dirigenza dei ruoli Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale, stipulato in data 10.2.04⁽²⁴⁾.

L'art. 41 cita: *"ai sensi dell'art. 6 della legge 10 agosto 2000, n. 251 nel ruolo sanitario del personale del Servizio sanitario nazionale può essere istituita la qualifica unica di dirigente delle*

professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica;

“Alla dirigenza di nuova istituzione si applicano sotto il profilo normativo ed economico tutte le norme previste per la disciplina del rapporto di lavoro della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo:

- *dai CCNL del 5 dicembre 1996 e successive modificazioni ed integrazioni;*
- *dai CCNL dell’8 giugno 2000 (con particolare riferimento agli articoli da 26 a 34 relativi alla graduazione delle funzioni ed alle modalità di conferimento, revoca, conferma e verifica degli incarichi);*
- *dal CCNL del 22 febbraio 2001 sull’impegno ridotto;*
- *dal presente contratto.”*

Da ultimo è da menzionare ciò che decreta il Contratto Collettivo nazionale di lavoro dell’area Sanità relativo al triennio 2016-18 firmato in data 19 dicembre 2019⁽²⁵⁾ nella sede dell’Aran (Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni). Una grande novità è quella del riconoscimento della dirigenza delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie all’interno dell’“Area della Sanità”, insieme a medici, veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi. All’Art. 17 “Sistema degli incarichi e sviluppo della carriera professionale” vengono disciplinate le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi ai dirigenti della presente area negoziale. La carriera professionale si sviluppa attraverso percorsi tra loro permeabili con l’assunzione sia di incarichi di tipo prevalentemente gestionale sia di incarichi di tipo prevalentemente professionale. Le tipologie di Incarichi gestionali sono le seguenti:

- incarico di direzione di struttura complessa;
- incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale che è articolazione interna del dipartimento o del distretto e che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna, lo stesso può comportare, inoltre, la responsabilità di gestione diretta di risorse finanziarie;
- incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali;

- incarico di direttore di dipartimento conferibile esclusivamente ai direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento.

1.2.2. Ruolo, funzioni attività del dirigente delle professioni sanitarie

Ancor prima di parlare del ruolo attribuito ai professionisti che svolgono funzioni di management, è necessario illustrare in termini generali i concetti di ruolo, funzione e attività.

Il **ruolo** viene tradizionalmente definito come un insieme di comportamenti che è formalmente stabilito in base alla natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate. In ogni ruolo si possono distinguere tre componenti:

- 1) l'area di attività, che comprende azioni mentali e azioni pratiche, che vengono svolte, in questo caso, dal coordinatore e dal dirigente. L'ambito di riferimento include la pianificazione, la gestione, l'organizzazione, la direzione, lo sviluppo delle risorse umane e il controllo;
- 2) l'area di responsabilità che la persona si assume per l'esercizio di un ruolo. La responsabilità può essere definita come l'obbligo o il dovere di svolgere determinate attività o di conseguire risultati. Essa comprende una responsabilità organizzativa, che è l'obbligo di rispondere a un'autorità del proprio lavoro e dei suoi risultati, e una responsabilità personale, intesa come l'affidabilità dell'individuo nell'assumersi gli obblighi legati al suo ruolo;
- 3) l'area dei risultati che l'esercizio del ruolo richiede di conseguire. Nel caso specifico, si tratta in primo luogo di risultati di efficacia, efficienza, sicurezza e appropriatezza.

Oltre alla messa in atto dei comportamenti attesi, l'assunzione di un ruolo implica:

- interazioni e transazioni con persone che esercitano altri ruoli;
- aspettative e percezioni sia da parte di chi esercita il ruolo, sia da parte di coloro che si relazionano con tale persona. Il dirigente potrà essere visto come collaboratore, come superiore, come collega a seconda del livello di interazione all'interno dell'organizzazione;
- necessità di attenersi a determinate norme e valori sociali;
- tendenza alla stabilità e all'ordine, quando i ruoli sono definiti dalla legge o dall'autorità.

Nella realtà, vi possono essere problemi relativi all'esercizio di un ruolo, in quanto i processi di attribuzione o di assunzione dello stesso possono far rilevare:

- ambiguità di ruolo, quando non è chiaro quali comportamenti ci si devono aspettare dalla persona che lo ricopre;
- conflitti di ruolo, nel caso che quest'ultima si trovi davanti a varie richieste tra loro incompatibili;
- sovraccarico di ruolo, quando la persona manca di risorse, tempo, energia, motivazione e/o capacità per soddisfare le richieste del ruolo che è chiamata a svolgere. Può accadere anche il contrario, cioè che le aspettative di ruolo siano minime e che le capacità della persona che occupa il ruolo siano sottoutilizzate;
- sottoqualificazione di ruolo, cioè incompetenza, qualora la persona che occupa il ruolo sia priva di conoscenze e/o capacità. Anche in questo caso si può verificare l'opposto, cioè che la persona abbia conoscenze e capacità nettamente eccedenti rispetto a quelle richieste (sovraqualificazione di ruolo);
- incongruità di ruolo, se l'autoidentità e i valori soggettivi della persona interessata sono chiaramente incompatibili con le aspettative di ruolo.

Coloro che ricoprono funzioni di dirigenza dovrebbero impegnarsi affinché tali fenomeni non si generino o vengano superati. È importante che siano chiare quali sono le componenti essenziali del proprio ruolo e di quelli dei collaboratori e che si sappiano esplicitare a tutti coloro con i quali si entra in rapporto. Comportamenti di ruolo adeguati e una partnership collaborativa si possono sviluppare solo quando tutti i ruoli si comprendono e si valorizzano a vicenda. Se non fosse chiaro il contributo unico di ciascun ruolo alla totalità del servizio offerto e se gli obblighi legati a uno di essi apparissero vaghi, non accettabili, conflittuali o impossibili da soddisfare, vi sarebbe un rischio di insoddisfazione e di stress dannoso per i professionisti e per le persone assistite. Il management deve inoltre accompagnare il costante cambiamento delle esigenze e dell'organizzazione del sistema sanitario con programmi di sviluppo e formazione che supportino l'evoluzione delle competenze dei collaboratori.

Il ruolo si esplica con l'esercizio di una serie di **funzioni**, che sono ampie aree di responsabilità con discrezionalità di intenti e di azioni. All'interno delle funzioni si svolgono le attività che concorrono a uno scopo. Come il ruolo, anche le funzioni rimangono le stesse indipendentemente dal tempo necessario e dalle risorse a

disposizione per poterle esercitare. Un altro termine che spesso si ritrova in questo campo è mansione, volto a indicare un mandato interno alla funzione, che prende ispirazione dalla funzione stessa all'interno della quale si iscrive. Nell'ambito e nel linguaggio del management sanitario, la linea di demarcazione tra funzione e mansione separa gli ambiti prevalentemente decisionali da quelli soprattutto esecutivi.

Le **attività** possono avere margini differenti di discrezionalità, ma di norma sono delineate all'interno di una funzione e definite da norme di vario genere all'interno dell'organizzazione: protocolli, procedure, istruzioni operative e altro ancora. All'interno delle attività, si può scendere ancor più nel dettaglio e definire delle operazioni o azioni, che descrivono singoli atti.

Sul ruolo e funzioni manageriali si ritrovano in letteratura diverse articolazioni utili per meglio definire gli ambiti di azione del coordinatore e del dirigente. I riferimenti principali che verranno qui analizzati sono quelli di Fayol ⁽²⁶⁾. La categorizzazione di Fayol risale ai primi del Novecento e fa riferimento alle funzioni direzionali, definite come fondamentali, per poter far sopravvivere qualunque organizzazione. Tali funzioni sono la programmazione, l'organizzazione, la guida, il coordinamento, il controllo. Secondo Fayol la direzione aziendale è composta da queste funzioni, che brevemente sono:

- programmazione: include le attività di previsione e pianificazione del futuro;
- organizzazione: include le attività di individuazione, collocazione e gestione delle risorse;
- guida: significa dare direzione e indirizzo alle attività e include le competenze di leadership;
- coordinamento: prevede che le attività siano rese armoniche e ottimizzate verso l'obiettivo e che i processi proseguano fluidi;
- controllo: fa riferimento alle attività di valutazione e verifica rispetto al piano di azione iniziale, per valutarne scostamenti.

Le funzioni descritte sono considerate tuttora valide nelle loro accezioni generali e utili per definire le macroaree di azione e responsabilità manageriale in vari contesti e livelli, compreso quello del dirigente delle professioni sanitarie.

I manager delle professioni sanitarie possono ricoprire diversi ruoli e svolgere diverse funzioni e attività all'interno delle aziende ed enti sanitari, a vari livelli organizzativi: dal

progetto specifico, alla singola unità operativa, passando per le aggregazioni dipartimentali, fino alla direzione del servizio delle professioni sanitarie o aree del servizio stesso. La complessità che ha assunto il sistema, accompagnata dall'evoluzione normativa, dallo sviluppo scientifico-tecnologico, dalle modificazioni culturali delle professioni, ha fatto sì che diverse posizioni gestionali si siano consolidate, mentre altre si sono “plasmate” alle esigenze del sistema e di conseguenza si possono ritrovare in modo diversificato nelle varie realtà. Nonostante queste differenze di declinazioni dei ruoli, gli ambiti principali nei quali si esercitano funzioni manageriali sono di norma riassumibili in questi tre livelli: nucleo o unità operativa, area dipartimentale, servizio delle professioni sanitarie.

Di seguito si propone una tabella riassuntiva che comprende cinque livelli, partendo dal professionista clinico fino al dirigente del servizio delle professioni sanitarie. Nello schema vi sono indicate le competenze core necessarie per l'esercizio di ciascuna funzione.

Tabella 1) Articolazione dei ruoli delle professioni sanitarie ⁽²⁷⁾.

Livello	Descrizione	Tipo di formazione	Competenze core
0	Professionista clinico	Laurea di primo livello	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione del proprio lavoro e di quello del personale di supporto • Scelta di priorità
1	Professionista clinico esperto	Master clinico	<ul style="list-style-type: none"> • Livello 0 + - Competenze cliniche avanzate - Esperto clinico - Formatore di colleghi
2	Coordinatore di U.O. da semplice a complessa	Master in coordinamento	<ul style="list-style-type: none"> • Livello 1 + - Competenze gestionali - Abilità di leadership
3	Responsabile assistenziale di dipartimento	Master in coordinamento Laurea di secondo livello	<ul style="list-style-type: none"> • Livello 2 + - Competenze di programmazione e indirizzo
4	Dirigente di servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo (o delle professioni sanitarie)	Laurea di secondo livello Master di secondo livello in management	<ul style="list-style-type: none"> • Livello 3 + - Competenze direzionali per professionisti di diversa natura - Abilità di leadership avanzate

Ciò che maggiormente caratterizza il ruolo del dirigente delle professioni sanitarie è lo svolgimento delle funzioni di:

- pianificazione,
- gestione,
- organizzazione,

- direzione,
- sviluppo delle risorse umane
- valutazione e controllo,

la peculiarità che ne caratterizza la posizione, tuttavia, è la partecipazione al governo dell'azienda sanitaria. Variamente regolamentata dalle aziende, tale partecipazione si esprime principalmente nell'attività di codirezione insieme agli altri direttori (sanitario, amministrativo e sociale – dove previsto), che compongono la direzione strategica sotto la guida del direttore generale. Come si è accennato, i regolamenti aziendali sono piuttosto differenti ed esprimono visioni diversificate circa la posizione assunta dal dirigente delle professioni sanitarie.

Nella maggior parte delle situazioni è un professionista sanitario con titoli professionali e di studio in campo manageriale (Laurea magistrale e master di secondo livello) sempre in materie gestionali ed esperienza pluriennale nel coordinamento e direzione dei servizi sanitari. Essendo esperto nel dirigere i servizi che il più delle volte assorbono un gran numero di risorse umane e abituato ad avere rapporti con altre funzioni per i problemi relativi alla gestione delle altre risorse (tecnologiche, materiali etc.), il dirigente delle professioni sanitarie può dare un contributo insostituibile a una considerazione olistica del sistema e alla creazione di sinergie fra le sue componenti. Inoltre, la sua partecipazione alla direzione aziendale può garantire al servizio e alle professioni che dirige, opportunità in termini di rappresentatività e visibilità. Nella tabella sottostante sono elencate per ogni area le funzioni del Dirigente delle professioni sanitarie

Tab 2) funzioni del dirigente delle professioni sanitarie

PIANIFICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Contributo alla definizione della mission e vision aziendali • Contributo alla definizione delle strategie e politiche aziendali • Definizione delle strategie e obiettivi del servizio • Contributo alla definizione del budget complessivo del servizio • Collaborazione alla definizione dei piani strategici di sviluppo aziendale • Definizione dei parametri per la determinazione della tipologia quali-quantitativa di risorse umane necessarie per
-----------------------	--

	<p>realizzare gli obiettivi aziendali e del servizio delle professioni sanitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione del sistema o modello organizzativo • Definizione dei criteri per valutazione delle performance e delle competenze dei professionisti • Collaborazione alla definizione dei criteri per il conferimento degli incarichi organizzativi
<p>GESTIONE E ORGANIZZAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegnazione degli obiettivi ai coordinatori di dipartimento • Assegnazione delle risorse umane ai dipartimenti sulla base della pianificazione e obiettivi aziendali, nonché dei parametri definiti • Promozione dell'applicazione dei modelli e criteri definiti di gestione del servizio • Definizione di parametri complessivi per la gestione della turnistica, della mobilità, del piano delle sostituzioni • Gestione delle risorse finanziarie assegnate • Sostenere l'implementazione di nuovi modelli, metodi e strumenti per lo sviluppo dell'organizzazione, delle professioni e del servizio • Contribuire alla gestione delle relazioni sindacali relative all'area di riferimento • Definizione e predisposizione della documentazione a supporto di incontri e riunioni dei quali è responsabile • Sostegno a progetti di riorganizzazione e innovazione del servizio"
<p>DIREZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al governo e direzione dell'azienda • Creazione e mantenimento di un clima organizzativo positivo motivante che sostenga la retention delle risorse umane • Rappresentanza delle professioni coinvolte nel servizio • Promozione dei cambiamenti culturali, professionali e organizzativi • Rappresentanza del servizio nei rapporti con le autorità e le comunità locali, organizzazioni sindacali, etc. • Gestione delle riunioni con i coordinatori dei dipartimenti o delle unità operative e partecipazione a quelle di tipo interprofessionale a livello dipartimentale o aziendale

	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di una leadership situazionale che prediliga stili supportivi che consentano la prevenzione e la gestione dei conflitti
SVULUPPO DELLE RISORSE UMANE E DEL SERVIZIO	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione degli obiettivi strategici, criteri, percorsi, priorità per l’inserimento, lo sviluppo, la retention delle risorse umane • Definizione dei criteri per la valutazione delle risorse umane • Identificazione delle sedi e modalità per l’accreditamento o convenzione per lo svolgimento dei tirocini degli studenti • Promozione, supervisione e valutazione di iniziative di ricerca e sviluppo per l’applicazione di best practice”
VALUTAZIONE E CONTROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica del rispetto dei parametri e criteri utilizzati per l’assegnazione e la gestione delle risorse umane • Valutazione dell’applicazione dei criteri per il monitoraggio, la valutazione, la promozione dell’efficacia, efficienza, appropriatezza e sicurezza del servizio e aziendali • Valutazione dell’applicazione dei criteri per la valutazione, monitoraggio e miglioramento della soddisfazione delle persone assistite • Definizione dei criteri per valutazione delle performance e delle competenze dei professionisti

I diversi organigrammi aziendali vedono il dirigente delle professioni sanitarie principalmente collocato:

- allo stesso livello del direttore amministrativo, sanitario e sociale (dove previsto), a comporre la direzione strategica sotto la guida del direttore generale;
- in line o in staff al direttore sanitario;
- in staff al direttore generale.

Le diverse collocazioni consentono margini di azione diversi, più o meno ampi, con opportunità decisionali e di esercizio autonomo differenti.

Gli ambiti di attività sono orientati a contribuire a processi decisionali per:

- influenzare politiche e strategie complessive dell’azienda,
- definire la mission aziendale e del proprio servizio,
- delineare la visione aziendale e del proprio servizio,

- gestire le risorse finanziarie con appropriatezza, efficacia ed efficienza,
- prevedere e gestire cambiamenti culturali, professionali e organizzativi,
- implementare nuovi modelli, metodi e strumenti per lo sviluppo dell'organizzazione, delle professioni e del servizio offerto,
- pianificare le attività complessive e l'articolazione dei processi organizzativi sul lungo e medio periodo,
- promuovere lo sviluppo di un'organizzazione orientata alla sicurezza e qualità nell'erogazione dei servizi,
- sviluppare e mantenere relazioni con la comunità sociale di riferimento.

1.3. Dirigente delle professioni sanitarie di area riabilitativa

All'Area Riabilitativa, presieduta dal dirigente preposto, afferiscono tutte le professioni sanitarie della riabilitazione come da D.M. Sanità 29 marzo 2001, n. 118: podologo; fisioterapista; logopedista; ortottista - assistente di oftalmologia; terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva; tecnico della riabilitazione psichiatrica; terapista occupazionale; educatore professionale.

Il dirigente delle professioni sanitarie di area riabilitativa, afferente alla classe delle lauree magistrali in scienze delle Professioni Sanitarie della riabilitazione, all'interno dell'articolazione organizzativa collabora con i direttori di UOC e con i dirigenti delle professioni sanitarie allo scopo di rendere ottimale il grado di condivisione degli obiettivi aziendali e dipartimentali definiti annualmente dalla Direzione Aziendale. Nella tabella che segue sono elencate per ogni area le funzioni del Dirigente di area riabilitativa.

Tab 3) funzioni del dirigente delle professioni sanitarie di area riabilitativa

PIANIFICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuisce alla definizione delle strategie e obiettivi del servizio e \alla definizione del budget complessivo del servizio; • partecipa alla programmazione delle attività dell'area riabilitativa supportando la definizione del piano di assegnazione delle risorse alle unità operative sulla base di:
-----------------------	--

	<p>obiettivi aziendali, fabbisogno, prescrizioni all'attività lavorativa, tipologia di rapporto di lavoro, procedure di mobilità;</p> <ul style="list-style-type: none"> • partecipa all'identificazione di criteri per la mappatura delle professionalità esistenti ed alla definizione del fabbisogno di nuove competenze e del relativo percorso formativo; • definisce i criteri per la valutazione delle performance e delle competenze dei professionisti all'interno del servizio; • contribuisce a favorire il raccordo con altre aree professionali, al fine di sviluppare un approccio multiprofessionale e di rete elemento fondamentale delle organizzazioni sanitarie; • propone, sulla base dell'analisi dei problemi di salute e dell'offerta dei servizi, modelli assistenziali e riabilitativi innovativi e un sistema di standard assistenziali e di competenza professionale;
GESTIONE E ORGANIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • assegna gli obiettivi ai coordinatori e collaboratori; • Assegna le risorse umane ai dipartimenti sulla base della pianificazione e obiettivi aziendali, nonché dei parametri definiti; • applica in un contesto di ricerca i principi delle analisi e delle tecniche di organizzazione e gestione del personale, elaborando progetti interdisciplinari di recupero e riabilitazione concorrendo così alla pianificazione, all'organizzazione e alla gestione di percorsi multidisciplinari e di continuità riabilitativa tra l'ospedale e la rete dei servizi territoriali; • assicura la qualità, l'efficienza e la gestione unitaria delle professioni sanitarie della riabilitazione presenti in azienda, nel rispetto delle funzioni individuate dai singoli profili professionali e dai codici deontologici; • contribuisce alla gestione delle relazioni sindacali relative all'area di riferimento;
DIREZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Crea e mantiene un clima organizzativo positivo motivante che sostenga la retention delle risorse umane;

	<ul style="list-style-type: none"> • Promuove i cambiamenti culturali, professionali e organizzativi innovativi; • partecipa alle riunioni di tipo interprofessionale a livello dipartimentale o aziendale • pianifica incontri periodici con i coordinatori per il monitoraggio delle attività; • adotta di una leadership situazionale che prediliga stili supportivi che consentano la prevenzione e la gestione dei conflitti;
<p>SVULUPPO DELLE RISORSE UMANE E DEL SERVIZIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • definisce i criteri per la valutazione delle risorse umane • garantisce l'organizzazione, dell'assistenza riabilitativa attraverso sistemi di governo clinico e sviluppo di modelli organizzativi ed assistenziali; • assicura la formazione di base delle professioni sanitarie della riabilitazione • garantisce lo sviluppo tecnico-professionale delle professioni sanitarie della riabilitazione e del personale di supporto, attraverso la formazione permanente, l'aggiornamento e la ricerca; • concorre nella progettazione di percorsi formativi, gestendo processi tutoriali per facilitare l'apprendimento sul campo al personale e per garantire tirocini di qualità per gli studenti impegnati nei diversi livelli formativi di base, avanzata e permanente; • partecipa alla Formazione Universitaria attraverso la funzione di didattica, allo scopo di favorire lo sviluppo di percorsi sempre più rispondenti alle necessità delle funzioni richieste, configurandosi quale ponte tra le attività di assistenza e la didattica stessa. • raccoglie e valuta le proposte inoltrate dalle unità operative in merito al fabbisogno di risorse umane in funzione a: piani di lavoro, obiettivi di budget; • programma con i coordinatori. l'assegnazione del personale definendo i tempi di ingresso;

	<ul style="list-style-type: none"> • supporta i coordinatori nell'individuazione di modalità efficaci per la gestione dei vari istituti contrattuali; • collabora nel definire soluzioni organizzative e strutturali al fine di ottimizzare l'assegnazione delle risorse umane con limitazioni all'impiego; • programma la determinazione del fabbisogno e la gestione del personale della riabilitazione in funzione ai modelli organizzativo - assistenziali in uso;
<p>VALUTAZIONE E CONTROLLO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica del rispetto dei parametri e criteri utilizzati per l'assegnazione e la gestione delle risorse umane; • controlla la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle funzioni assistenziali riabilitative, nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, cura e riabilitazione; • garantisce la valutazione dell'assistenza riabilitativa attraverso sistemi di governo clinico e sviluppo di modelli organizzativi ed assistenziali; • valuta il miglioramento continuo dell'organizzazione e delle procedure di assistenza, con criteri di appropriatezza;

CAPITOLO 2: La direzione del servizio delle professioni sanitarie e di area riabilitativa, confronto tra regioni

2.1. Il Sistema Sanitario Nazionale, il Sistema Sanitario Regionale e l'organizzazione delle aziende sanitarie

“La tutela della salute è un diritto fondamentale della persona e interesse della collettività” sancito dalla Costituzione (Cost. art. 32) ⁽²⁸⁾, che deve essere garantito attraverso il complesso sistema di funzioni e attività fornito dai Servizi Sanitari Regionali in concertazione con Stato ed Enti locali. Il concetto di tutela della salute non si limita nel diritto alla “mera assenza di malattia o infermità”, bensì al raggiungimento di uno “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale” (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948). È inoltre stabilito dalla Costituzione italiana il preciso dovere di “garantire cure gratuite agli indigenti”, cioè assicurare a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale e all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie.

Il concetto di “universalità” delle cure, tuttavia, deve trovare un equilibrio condizionato dalla limitatezza delle risorse finanziarie destinate al settore sanitario e il dovere di assicurare una soglia minima di prestazioni a tutti i cittadini, i cosiddetti livelli uniformi ed essenziali di assistenza (LEA). La Costituzione prevede per la tutela della salute competenze legislative dello Stato e delle Regioni. Lo Stato determina i LEA che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, mentre le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza.

Tenuto conto di tali principi fondamentali, l'art. 117 della Costituzione revisionato nel 2001⁽²⁹⁾ assegna alle Regioni una competenza esclusiva nelle modalità organizzative delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni sanitarie. Il nuovo testo costituzionale depone a favore del principio di “sussidiarietà”, in base al quale si favorisce l'attribuzione delle funzioni amministrative, e quindi anche di organizzazione e fornitura dei servizi sanitari, al livello di governo più vicino al cittadino (art. 118 Cost.)⁽³⁰⁾. Ciò ha comportato

una differenziazione nelle decisioni legislative delle singole regioni determinando diversità degli apparati, delle strutture e delle modalità organizzative approntate nelle diverse parti del territorio nazionale per la tutela dei medesimi diritti. Inoltre, con il passare del tempo l'autonomia legislativa regionale ha portato anche nell'ambito della stessa realtà territoriale a adottare scelte organizzative differenti.

Le aziende sanitarie erogatrici ultime dei servizi del sistema sanitario regionale, esaminate dal punto di vista organizzativo e gestionale, sono istituzioni che hanno la caratteristica di essere estremamente complesse, a causa della compresenza di molti fattori. Le aziende sanitarie sono organizzazioni multidisciplinari, nelle quali hanno un ruolo centrale medici, infermieri e molte altre professioni della salute. Per semplicità possiamo parlare di tre cicli funzionali all'interno delle aziende sanitarie

- 1) il ciclo della diagnosi e della cura, nel quale confluiscono attività mediche e di altre professioni sanitarie;
- 2) il ciclo dell'assistenza, della custodia e dell'ospitalità, consistente nelle attività infermieristiche, in quelle di altri professionisti della salute e in quelle di supporto;
- 3) il ciclo amministrativo, che contribuisce alle finalità assistenziali in maniera indiretta, ma determinante.

La responsabilità di ogni ciclo può essere attribuita a una direzione diversa: la direzione sanitaria per il ciclo di diagnosi e cura, il servizio di direzione delle professioni sanitarie per il ciclo dell'assistenza e la direzione amministrativa per il ciclo omonimo. Risulta chiaro che, per poter funzionare al meglio, l'azienda sanitaria ha bisogno che tutte le persone che lavorano all'interno dei tre "cicli" e delle tre direzioni collaborino per il fine ultimo comune, ovvero quello di offrire il miglior servizio possibile all'utente al costo più sostenibile per l'intero sistema. Le diverse funzioni aziendali (infermieristica, medica, tecnico-sanitaria, di servizio alberghiero, tecnica, di assistenza sociale ecc.) sono ripartite in ruoli specializzati, ognuno dei quali ha un particolare sistema di autorità. Vi sono linee di autorità, comunicazione e verifica delle attività svolte che rispondono a logiche differenziate, ma che devono entrare quotidianamente in rapporto fra loro: a titolo di esempio, ogni infermiere, ogni fisioterapista, ogni tecnico sa di dover rispondere per aspetti diversi a due linee di autorità, l'una facente capo al proprio coordinatore e al dirigente delle professioni sanitarie (o dirigente della propria area professionale), e l'altra al responsabile medico dell'unità in cui opera.

Da molti anni la continua crescita di Unità Operative specialistiche ha favorito lo sviluppo delle competenze da esse richieste, ma ha causato una frammentazione che ha reso le organizzazioni sanitarie molto complesse e difficili da gestire. Non di rado il paziente paga la mancanza di coordinamento fra le unità e i servizi ospedalieri con un allungamento della degenza e con disfunzioni di varia natura. L'organizzazione dipartimentale rappresenta una soluzione per migliorare l'integrazione dei vari componenti delle aziende sanitarie. Già la II Riforma del Sistema Sanitario con il D.lgs. n. 502 del '92 indicava l'organizzazione dipartimentale quale obbligo per le aziende sanitarie, tale obbligo viene ribadito nella III Riforma del Servizio Sanitario Nazionale con D.lgs. N. 229 del 19 giugno 1999 (Decreto Bindi)⁽³¹⁾. Il Direttore Generale nomina il direttore del dipartimento secondo la normativa vigente.

Del dipartimento sono state date diverse definizioni. In un documento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR oggi AGENAS) si legge: *“Il dipartimento è costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, 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, etico, medico-legale ed economico”*. Il Dipartimento, quindi, è una struttura di coordinamento aziendale, sovraordinata rispetto all'unità operativa (o struttura organizzativa) relativamente agli aspetti gestionali, ed è costituito da strutture omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono quindi tra di loro interconnesse, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti gestionali. Serve a potenziare le responsabilità dirigenziali e professionali, come centro di responsabilità, sia economico, sia per l'elaborazione dei programmi di attività e di valutazione dell'assistenza. Il dipartimento, infatti, favorendo il coordinamento dell'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale contestualizzare le attività di Governo clinico nelle sue principali estensioni ovvero la misurazione degli esiti, la gestione la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee-guida e protocolli

diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

L'assetto organizzativo delle aziende sanitarie prevede le seguenti tipologie di Dipartimento ⁽³²⁾ ⁽³³⁾:

- a) Dipartimento strutturale o gestionale, caratterizzato dall'aggregazione di unità organizzative omogenee, sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate, operanti in ambito aziendale con gestione in comune delle risorse umane, degli spazi, delle risorse tecnico-strumentali ed economiche ad esso assegnate.
- b) Dipartimento funzionale, caratterizzato dall'aggregazione di unità organizzative non omogenee, interdisciplinari, appartenenti contemporaneamente anche a Dipartimenti strutturali diversi, al fine di realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica. Il Dipartimento funzionale non è dotato di budget autonomo e non è soggetto a rendicontazione analitica.
- c) Dipartimento interaziendale, caratterizzato dall'aggregazione di unità organizzative appartenenti ad Aziende diverse, con la finalità di perseguire obiettivi comuni con le strutture sanitarie insistenti sul territorio regionale. Per dare attuazione all'integrazione funzionale delle reti cliniche e dei percorsi/processi di ambito tecnico - amministrativo sono istituiti Dipartimenti interaziendali sulla base di formali specifici Accordi/Progetti tra le aziende.

La Direzione del Dipartimento è assicurata dal Direttore di Dipartimento e dal Comitato di Dipartimento. Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale, all'interno di una terna di nominativi di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse, aggregate nel Dipartimento proposta dal Comitato di Dipartimento.

Le Unità operative sono strutture organizzative che aggregano competenze multiprofessionali e risorse tecniche e finanziarie finalizzate all'assolvimento di specifiche e definite funzioni, assicurando la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi nel rispetto degli indirizzi aziendali. Le unità operative si distinguono in complesse e semplici.

- Sono Unità operative Complesse, le strutture:
 - che rivestono funzioni di direzione per settori di attività o ambiti riconoscibili dal punto di vista organizzativo;

- strategiche per le attività svolte a favore dell'intera Organizzazione e identificate come prioritarie nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale, comunque rilevanti economicamente per risorse allocate e ricavi ottenuti;
- che assicurano la produzione di prestazioni o di servizi in riferimento a sistemi, procedure e protocolli, sia tecnici che professionali, riconducibili a discipline previste a livello normativo e che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo;
- che hanno un valore economico rilevante in termini di tecnologie utilizzate e/o di risorse umane assegnate;
- che svolgono funzioni di supporto rilevanti per la Direzione Strategica e che operano nell'ambito delle attività connesse alle pianificazioni e allo sviluppo organizzativo dell'Azienda;
- che coordinano processi professionali trasversali all'Azienda, di elevata complessità e che garantiscono l'interazione di più settori dell'organizzazione.
- Sono Unità operative Semplici a valenza Dipartimentale, le strutture riconducibili ad una linea di produzione e/o attività, specifica e autonoma, a cui è attribuita una significativa gestione diretta di risorse umane e tecniche e che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo e dipendono dal Direttore di Dipartimento.
- Sono Unità operative Semplici, le strutture;
 - articolazioni interne alle Strutture Complesse o di Staff alla Direzione aziendale;
 - facilmente riconducibili ad una linea di produzione e/o di attività chiaramente rilevabili e relative a discipline previste a livello normativo;
 - cui sono attribuite funzionalmente risorse (umane, tecniche anche avanzate);
 - connotate da particolari specializzazioni, competenze, studi e professionalità;
 - rilevanti funzionalmente per particolari strategie e/o programmi di valenza aziendale e trasversale.

La direzione di struttura complessa o di struttura semplice a valenza dipartimentale implica lo svolgimento di funzioni di direzione e organizzazione da attuarsi nel rispetto delle direttive operative e gestionali del dipartimento di appartenenza o della Direzione Generale per le strutture in Staff.

La direzione di struttura semplice, quale articolazione di unità operativa complessa o in Staff, implica l'esercizio di funzioni con responsabilità di gestione di risorse umane tecniche o finanziarie. Alla direzione delle strutture sono preposte figure dirigenziali alle quali vengono assegnati i relativi incarichi.

Possono non appartenere all'organizzazione dipartimentale quelle strutture che, per l'importanza strategica delle loro funzioni e per il valore trasversale che hanno su tutte le aree dell'Azienda, sono collocate in posizione 'di staff' alla Direzione Strategica.

2.2. La Direzione delle professioni sanitarie e di area riabilitativa

Un approccio sempre più integrato ai problemi di salute richiede che tutte le professioni sanitarie "non mediche" (infermieri, fisioterapisti, ostetriche, tecnici di radiologia e laboratorio ecc.) agiscano di concerto e con un vero lavoro d'equipe, che si svolga in sintonia con quello delle altre professioni sanitarie (medici, psicologi, biologi ecc.). All'interno di tutte le professioni, sull'esempio di quella infermieristica, stanno assumendo un'importanza sempre maggiore le funzioni di natura manageriale e sta emergendo la necessità di istituire ruoli di coordinamento e dirigenza.

Soprattutto nelle aziende sanitarie di maggiori dimensioni, si è verificata la sostituzione del cosiddetto ufficio infermieristico, con una struttura dalle dimensioni più ampie volta a organizzare e dirigere il personale non solo infermieristico, ma anche tecnico, riabilitativo e della prevenzione.

La direzione delle professioni sanitarie è una struttura che ha la titolarità dell'indirizzo, dell'organizzazione e coordinamento del personale appartenente a tutte o a una parte delle professioni sanitarie. Il servizio è affidato a un membro di una delle professioni sanitarie che ne fanno parte, il quale con i suoi collaboratori, si occupa della gestione del personale e degli operatori di supporto. Nei fatti è il più delle volte un infermiere, ma in un contesto riabilitativo può essere un fisioterapista, in un contesto di assistenza materno-infantile un'ostetrica e così via.

In concreto, la direzione del servizio delle professioni sanitarie comprende:

- il dirigente nel senso indicato dalla legge n. 251/2000 che rappresenta il servizio e contribuisce alla politica generale dell'azienda, al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse;
- altri eventuali dirigenti e/o coordinatori che lo coadiuvano nelle funzioni di pianificazione, gestione, organizzazione, direzione, formazione e valutazione;
- personale amministrativo per la gestione dei dati e altre attività pertinenti, per esempio quelle di segreteria.

Il Servizio per le Professioni Sanitarie concorre al raggiungimento della mission aziendale, degli obiettivi generali e specifici della pianificazione aziendale. Gli obiettivi cambiano a seconda del contesto, ma in linea generale sono i seguenti:

- concorrere al perseguimento della mission aziendale mantenendo elevati livelli di integrazione e collaborazione tra le diverse strutture aziendali al fine di garantire efficacia, qualità ed efficienza tecnico- organizzativa del processo assistenziale;
- fare in modo che sia erogata un'assistenza efficace, efficiente e di qualità, rivolta a risolvere i problemi delle persone e delle loro famiglie; che prenda in considerazione i bisogni dei pazienti, favorendo la reale presa in carico globale e la continuità assistenziale dell'utenza globalmente considerata;
- sovrintendere all'erogazione di prestazioni dei professionisti sanitari il più possibile rispondenti ai bisogni dei pazienti e agli obiettivi del servizio;
- contribuire alla definizione degli obiettivi aziendali, di dipartimento, di area e di unità operativa e perseguire il loro raggiungimento attraverso l'uso razionale delle risorse umane e materiali disponibili;
- sviluppare modelli organizzativi ed assistenziali anche innovativi, fondati sulla ricerca, sulla buona pratica e sulla collaborazione tra tutti i professionisti sanitari, tecnici ed amministrativi, sociali e professionali, operando una forte integrazione fra le strutture operative;
- individuare sistemi di indicatori e strumenti di misura della qualità dei processi di cura ed assistenza (con particolare riguardo ai processi più complessi), svolti sia all'interno sia all'esterno dell'Azienda;
- contribuire alla formazione continua e all'aggiornamento del personale di competenza;

- promuovere percorsi di valorizzazione del capitale umano che consentano di ottimizzare le competenze individuali, le conoscenze, l'esperienza e le differenze dei singoli, per migliorare i livelli di assistenza, aumentare il senso di appartenenza.

All'interno dell'organizzazione aziendale la direzione delle professioni sanitarie può avere carattere dipartimentale, di unità operativa complessa o semplice a seconda delle scelte strategiche della direzione aziendale e della normativa sanitaria regionale. La collocazione della direzione delle professioni sanitarie può essere in staff o in line alla direzione aziendale. Agli organi di line è affidata la responsabilità decisionale di parte o di tutta la struttura organizzativa a seconda del livello gerarchico (ad esempio direzione generale, direzione sanitaria, direzione amministrativa), mentre agli organi di staff (ad esempio controllo di gestione per la direzione generale) sono assegnate funzioni consultive, di supporto, di standardizzazione e di sostegno alle attività degli organi di line.

Qualunque sia la sua collocazione (line o staff) il dirigente delle professioni sanitarie, oltre alle abilità e competenze specifiche manageriali e di leadership, dovrebbe avere anche capacità di contrattazione (con competenze economico-finanziarie) e di rendicontazione del proprio operato in termini visibili e misurabili.

2.3. La Direzione delle professioni sanitarie e di area riabilitativa: confronto tra regioni

La riforma del Titolo V della Costituzione – avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001⁽³⁴⁾ – ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. L'art. 117 della Costituzione, infatti, stabilisce che lo Stato mantiene la competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate, mentre il comma 3 dello stesso articolo decreta che le Regioni possono legiferare in alcune materie di competenza concorrente quali la tutela della salute, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato.

La riforma del Titolo V, delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato. Dal sistema di monitoraggio del Ministero della Salute che si basa sulla

verifica degli adempimenti dei LEA risultano regioni con sistemi sanitari regionali più virtuosi e altre meno. Generalmente a fare da capofila delle Regioni più virtuose sono Veneto, Emilia-Romagna e Toscana che prenderò a modello nel proseguimento di questa trattazione.

2.3.1. Veneto

La Regione del Veneto si è dotata di una struttura organizzativa che pone al centro un processo di crescente responsabilizzazione di ogni ordine e grado delle componenti del Sistema Socio-Sanitario regionale. In questo quadro, le Aziende Sanitarie svolgono un ruolo propositivo e propulsivo per l'intero Servizio Socio-Sanitario Regionale, mentre la Regione assolve alle funzioni di indirizzo, pianificazione, programmazione e controllo. Attualmente comprende nove Aziende sanitarie, due Aziende ospedaliere (Padova e Verona) e l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto. A coordinamento di tutte le strutture sanitarie è la cosiddetta "Azienda Zero". L'Azienda Zero si occupa della programmazione finanziaria; determina gli obiettivi dei Direttori Generali; stabilisce le politiche relative a investimenti, acquisti (centralizzati), risorse umane e tecnologiche; definisce e monitora i costi standard; gestisce i flussi informativi gli indirizzi e il controllo delle Ulss.

Nella Regione Veneto, per quanto riguarda la Direzione delle professioni sanitarie e di area riabilitativa, si ha una organizzazione simile all'interno delle nove USSL ⁽³⁵⁾. La Direzione delle Professioni Sanitarie è una Unità Operativa Complessa a valenza aziendale che opera in staff al Direttore Sanitario e collabora con tutte le altre apicalità e professionalità aziendali. La Direzione delle Professioni Sanitarie concorre alla gestione dei processi trasversali strategici tra cui:

- la gestione delle risorse umane,
- il governo dei percorsi assistenziali,
- la sicurezza delle cure e la ricerca e lo sviluppo delle professioni sanitarie.

La struttura ha funzioni di programmazione, indirizzo e direzione del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione e degli operatori di supporto che operano nella ULSS, in conformità con la pianificazione strategica e gli obiettivi aziendali. In particolare, le aree di responsabilità della Direzione del Servizio sono riconducibili ai seguenti ambiti: Area Risorse Umane, Area Modelli

Organizzativi ed Assistenziali e sviluppo organizzativo/professionale, Area Formazione, in ciascuno dei quali viene previsto un incarico di Funzione Organizzativa:

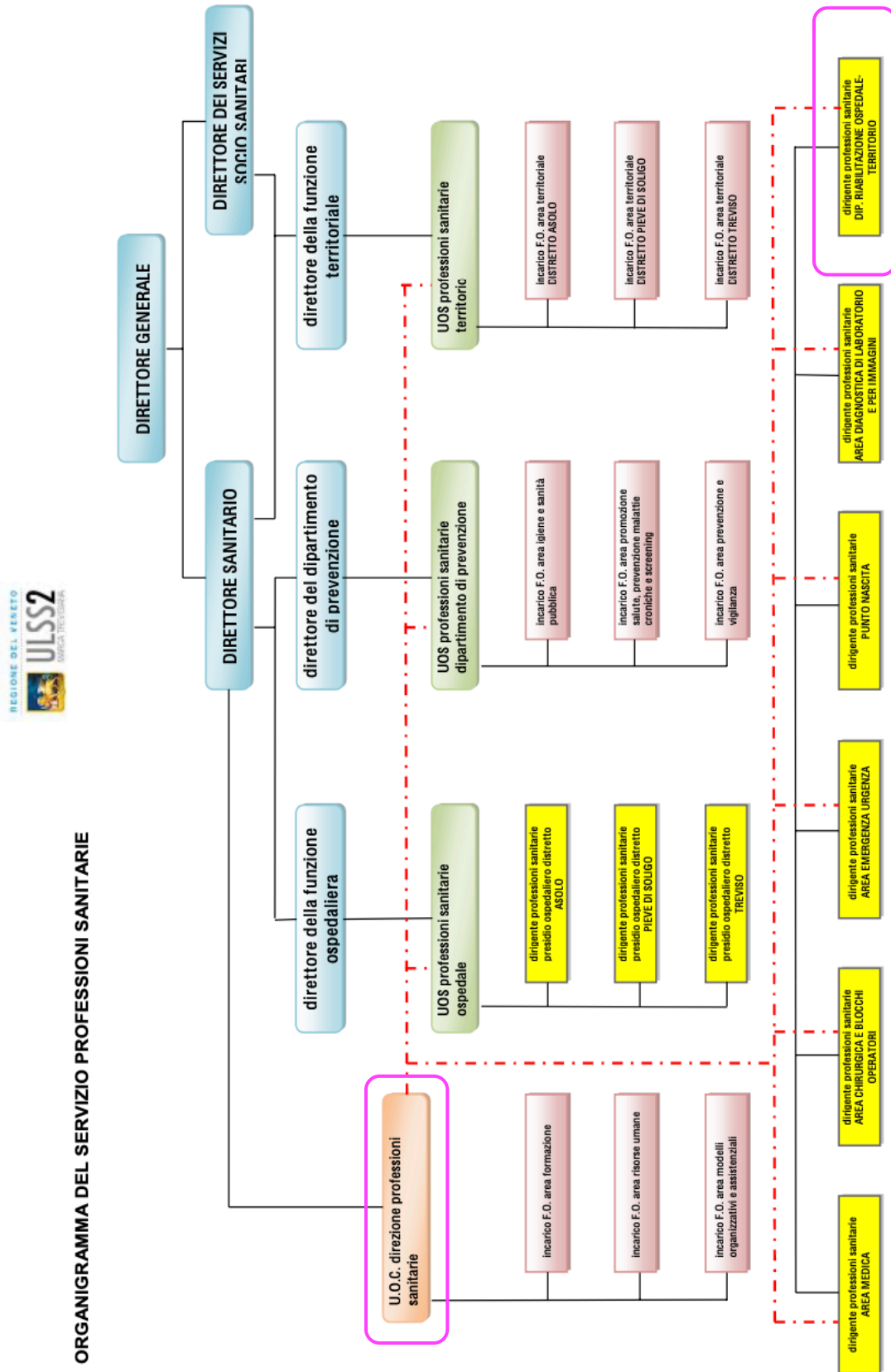
Nell'ambito delle macrostrutture Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione sono previste tre Unità Operative Semplici: Unità Operativa Semplice Professioni Sanitarie Ospedale; Unità Operativa Semplice Professioni Sanitarie Territorio; Unità Operativa Semplice Professioni Sanitarie Dipartimento di Prevenzione. I rispettivi Dirigenti concorrono alla gestione del personale assegnato sotto la direzione rispettivamente del Direttore della Funzione Ospedaliera, del Direttore della Funzione Territoriale, del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, in dipendenza gerarchica, ed operano in sinergia con la Direzione delle Professioni Sanitarie secondo gli obiettivi definiti dalla Direzione Strategica.

Nell'ottica della gestione e dell'organizzazione della complessità clinico-assistenziale, del miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e della produttività, oltre che per lo sviluppo di modelli innovativi nel campo organizzativo-assistenziale, vengono previsti ulteriori incarichi di natura professionale di dirigenti delle professioni sanitarie nelle sotto descritte aree di responsabilità trasversali all'intera azienda secondo i corrispettivi specifici profili:

- Dirigente delle Professioni Sanitarie Area Riabilitazione Ospedale – Territorio.
- Dirigente delle Professioni sanitarie Area Diagnostica di Laboratorio e per Immagini.
- Dirigente delle Professioni sanitarie Area Materno Infantile
- Dirigente delle professioni sanitarie area medica,
- Dirigente delle professioni sanitarie area chirurgica e blocchi operatori,
- Dirigente delle professioni sanitarie area emergenze urgenza

In conclusione, per quanto riguarda esclusivamente l'Area della riabilitazione, nell'organigramma della regione Veneto si ha una sola posizione dirigenziale afferente alla classe delle lauree magistrali in scienze delle Professioni Sanitarie della riabilitazione, che concorre, in sinergia con il Direttore UOC professioni sanitarie e con i Direttori delle UOS interessate, al perseguimento degli obiettivi strategici, alla realizzazione dell'integrazione ospedale -territorio e dei percorsi riabilitativi oltre alla ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse favorendo modelli assistenziali innovativi.

Fig. 1) Esempio di organigramma del servizio delle professioni sanitarie Regione Veneto



Le immagini precedenti raffigurano la collocazione all'interno dell'organigramma aziendale della Direzione delle professioni sanitarie delle con la sua articolazione di area riabilitativa.

2.3.2. Emilia-Romagna

In Emilia-Romagna la Regione definisce il Piano Sanitario Regionale e annualmente delibera il programma e gli obiettivi da assegnare alle Aziende Sanitarie. Le Aziende Usl sono otto e di norma comprendono il territorio provinciale (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara) eccetto l'Ausl della Romagna.

Per l'ottimizzazione e l'efficienza dei servizi tecnico logistici o per funzioni di assistenza con bacino sovraziendale sono state istituite le Aree vaste: Emilia nord (Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena), Emilia Centrale (Aziende sanitarie provincia di Bologna e Ferrara) e Romagna (nata dalla fusione delle Aziende Usl di Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini). Per assicurare la "presa in carico" della persona con il suo bisogno di salute e continuità delle cure, i servizi sono organizzati in rete, si persegue l'integrazione sociosanitaria e il rapporto con i Comuni per l'assistenza sociale.

All'interno delle AUSL dell'Emilia-Romagna le Direzioni Infermieristiche e Tecniche contribuiscono all'elaborazione e all'attuazione delle politiche aziendali definite dalla Direzione Generale e, in base alle indicazioni della Direzione Sanitaria Aziendale, assicurano il supporto tecnico-operativo alle articolazioni organizzative aziendali. Gli assetti organizzativi delle Direzioni Tecniche sono stati definiti per garantire massima coerenza col più complessivo processo di riorganizzazione aziendale, in un'ottica di razionalizzazione delle risorse e di efficienza operativa e operano in line alla Direzione Sanitaria⁽³⁶⁾.

La Direzione Infermieristica e Tecnica (DIT) è l'Unità Organizzativa Struttura Complessa alla quale afferiscono tutte le figure professionali a vocazione assistenziale, riabilitativa e preventiva afferenti ai diversi profili professionali, al ruolo tecnico ed ausiliario. Presiede alla funzione di governo aziendale dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della prevenzione, riabilitativa e di supporto e assicura la direzione e la gestione, attraverso le proprie articolazioni di ambito territoriale, delle risorse di propria competenza nel rispetto degli accordi sindacali e della necessità di integrazione multiprofessionale.

Partecipa alla definizione delle politiche e strategie aziendali relativamente:

- alla pianificazione, programmazione, reclutamento, allocazione, gestione e sviluppo professionale del personale di propria competenza, coniugando la valorizzazione degli specifici ambiti professionali con l'individuazione di modelli organizzativi ed assistenziali innovativi anche ad elevata autonomia tecnico-gestionale;
- alla promozione e adozione degli strumenti del governo clinico;
- allo sviluppo dei processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali e gli obiettivi dipartimentali, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento.

I professionisti sanitari che afferiscono alla Direzione Infermieristica e Tecnica sono: Assistente sanitario, Dietista, Educatore professionale, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ortottista assistente di oftalmologia, Ostetrica, Tecnico audiometrista, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Tecnico della prevenzione dell'ambiente e luoghi di lavoro, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico di riabilitazione psichiatrica, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva. Altri operatori che afferiscono alla Direzione Infermieristica e Tecnica sono: arti ausiliarie delle professioni sanitarie (infermiere generico, puericultrice, massofisioterapista, necroforo), personale di supporto (ausiliari specializzati, operatori tecnici addetti all'assistenza, operatori sociosanitari, autisti).

Il Direttore di Direzione Infermieristica e Tecnica garantisce la conformità ed il conseguimento degli obiettivi della Direzione Strategica attraverso l'articolazione a livello territoriale di Direzioni Infermieristiche e Tecniche di Ambito Territoriale. Queste sono orientate alla gestione operativa dei diversi processi delle linee produttive in una logica di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, in integrazione con la Direzione Medica di Presidio e Direttore di Distretto. Le Direzioni Infermieristiche e Tecniche dei territori partecipano in maniera rilevante ai processi di pianificazione, programmazione, gestione e sviluppo del personale di competenza perseguendo la valorizzazione degli specifici aspetti professionali, nonché di elementi di efficienza operativa.

Nell'assetto organizzativo della DIT sono presenti anche dirigenti che corrispondono alle aree professionali delle scienze infermieristiche ed ostetriche, della riabilitazione, dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale e della prevenzione. Le

responsabilità dei Dirigenti, previsti per le aree sopra citate, rispondono ai rispettivi bisogni professionali di:

- sviluppo di competenze specifiche e avanzate,
- appropriatezza di intervento nell'area specifica con particolare attenzione alla verifica dell'applicazione di procedure di buona pratica basate su evidenze e sicurezza delle cure,
- programmazione di aggiornamento professionale continuo e di ricerca, sviluppo di modelli organizzativi innovativi adeguati ai bisogni dell'utenza,
- verifica degli esiti dell'assistenza e successiva riprogrammazione dell'attività.

La dirigenza così individuata è rappresentativa delle specificità delle Professioni Sanitarie ed è punto di riferimento in cui il singolo professionista si riconosce. Tutte le posizioni di Dirigenza espresse rispondono al Direttore DIT Aziendale e di ambito territoriale.

Concentrandosi sulla figura del Dirigente di area riabilitativa egli deve, con il suo operato, tendere a garantire uniformità negli ambiti territoriali circa le modalità organizzative di presa in carico riabilitativa nei diversi setting assistenziali:

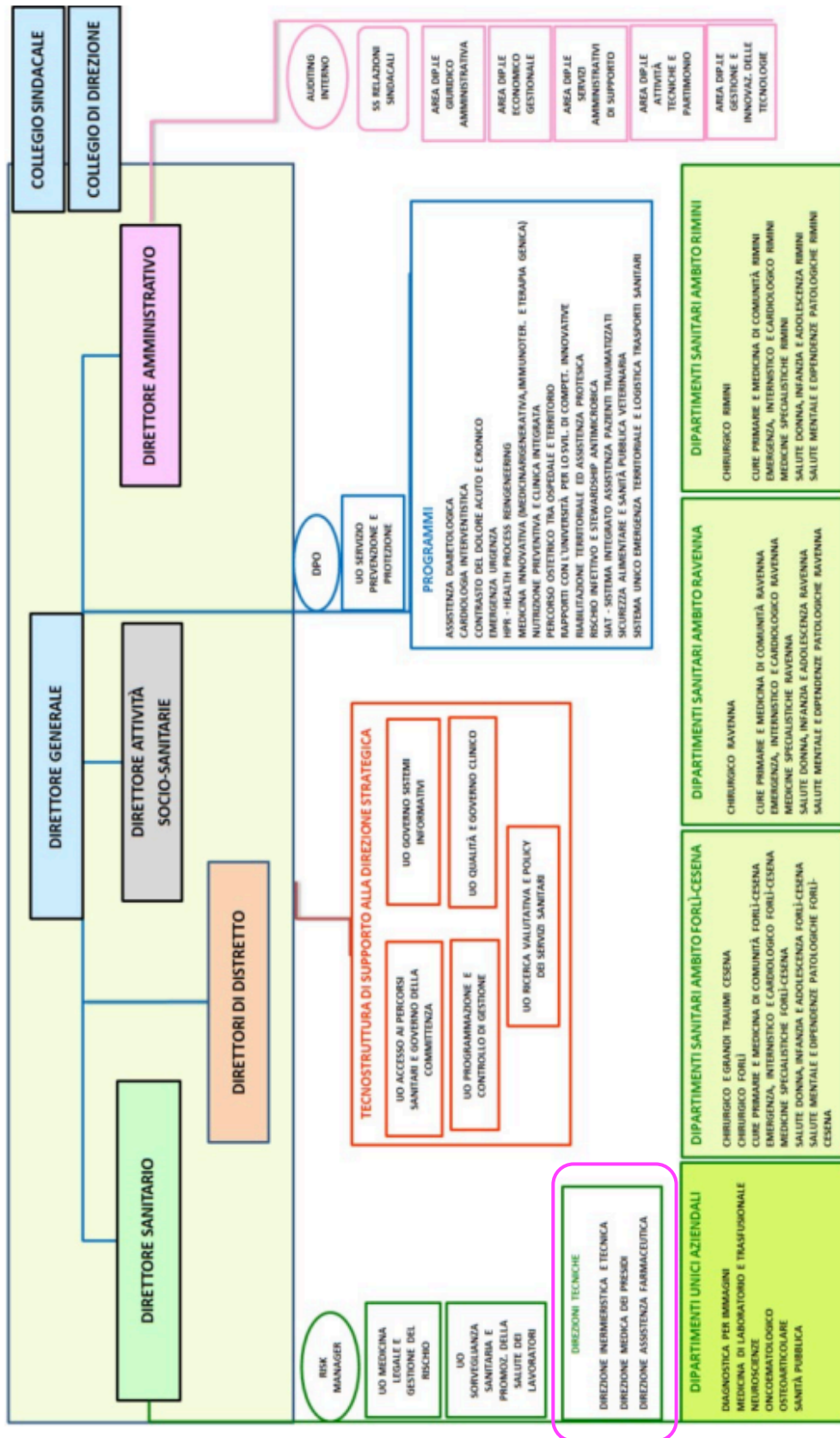
- degenza riabilitativa intensiva,
- degenza riabilitativa estensiva,
- percorsi ambulatoriali,
- percorsi domiciliari,

in relazione ai bisogni riabilitativi espressi dalla persona.

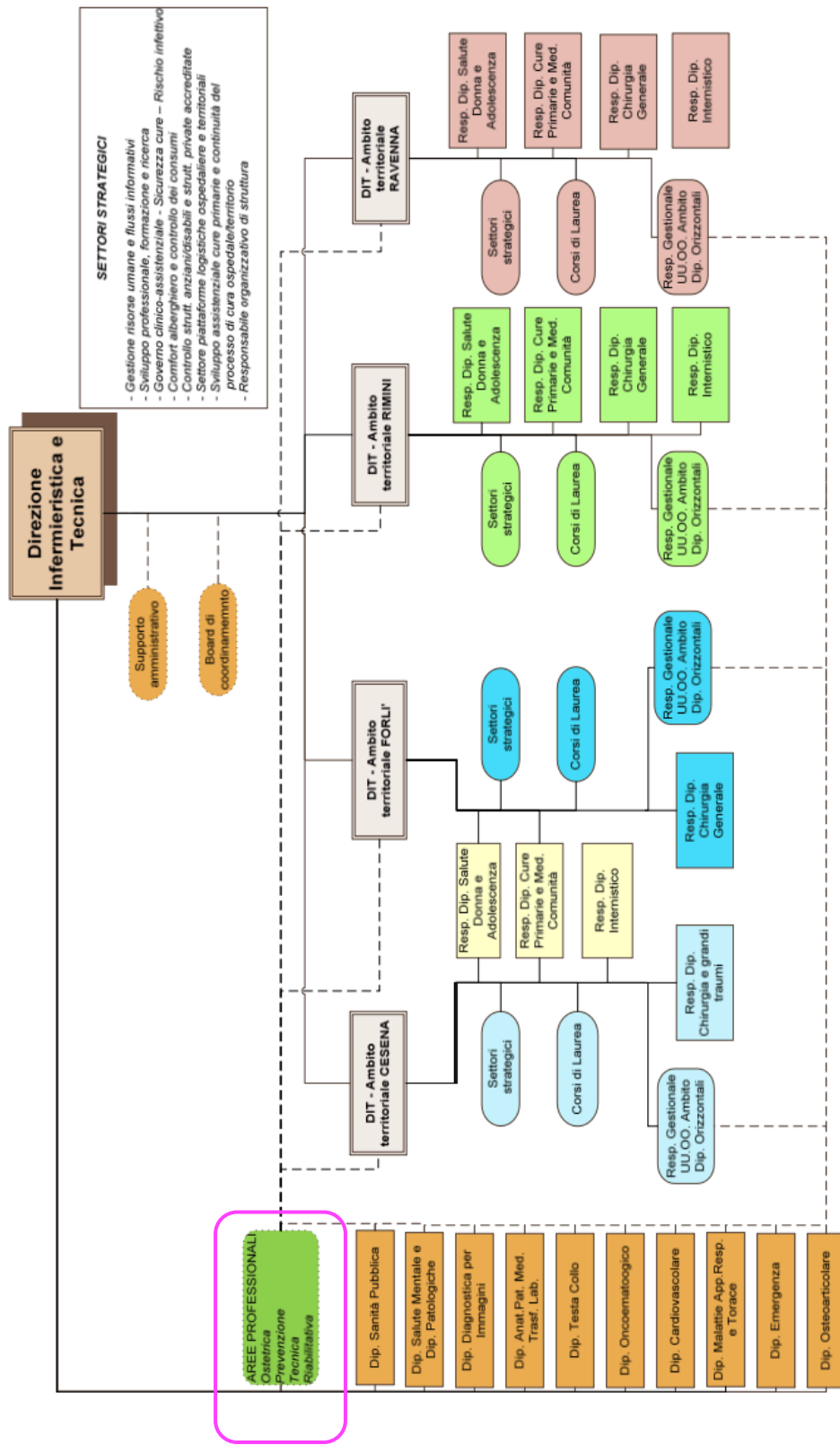
Tale funzione trasversale rappresenta altresì il punto di riferimento aziendale per strutturare un'offerta equa ed appropriata di competenze tecnico/professionali che possa garantire un percorso riabilitativo integrato e continuativo in grado di accogliere e accompagnare la persona e la famiglia attraverso pratiche gestionali appropriate che passano dal confronto e dalla collaborazione interdisciplinare e multiprofessionale, perseguendo tuttavia l'ottimizzazione della produttività.

Le immagini che seguono raffigurano la collocazione all'interno dell'organigramma aziendale della Direzione Infermieristica e Tecnica delle professioni sanitarie e la sua organizzazione interna.

Fig. 2 e 3) Esempio di organigramma del servizio delle professioni sanitarie Regione Emilia-Romagna



Allegato - Organigramma riorganizzazione Direzione Infermieristica E Tecnica



2.3.3. Toscana

L'impianto generale del servizio sanitario toscano si basa sulla fusione delle precedenti Aziende Usl (di tipo provinciale) in tre grandi Aziende modellate secondo le estensioni delle tre Aree Vaste regionali: Toscana Centro, Toscana Nord-Ovest, Toscana Sud-Est. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie vengono mantenute invariate, tuttavia, escludendo l'ospedale pediatrico Mayer, sono poste in uno strettissimo regime di coordinamento operativo con le nuove aziende Usl. Anche in questa regione, a coordinamento di tutte le strutture sanitarie, è stato creato un Ente di supporto tecnico amministrativo regionale (ESTAR). L'ESTAR è stato creato per ottimizzare la spesa pubblica sanitaria regionale, attraverso una gestione centralizzata e standardizzata, supporta, con funzioni tecniche e amministrative, la sanità toscana. L'Ente fa parte del sistema sanitario, del quale condivide l'obiettivo finale: offrire ai cittadini prestazioni e servizi di qualità in tutta la Toscana. Per raggiungere questo scopo, opera in piena collaborazione con le aziende sanitarie, così da rispondere in modo efficace, efficiente e trasparente ai loro bisogni, fabbisogni e necessità.

Nella Regione Toscana, per quanto riguarda la Direzione delle professioni sanitarie e di area riabilitativa, si ha una organizzazione simile all'interno delle tre aree vaste⁽³⁷⁾. Le professioni della salute hanno fondamentalmente una organizzazione dipartimentale. Si configurano due dipartimenti:

1. il Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche
2. il Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Prevenzione e della Riabilitazione

Il Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, della Prevenzione e della Riabilitazione:

- coadiuva e supporta la Direzione aziendale nelle attività di governo;
- concorre alla definizione degli obiettivi di pianificazione strategica aziendale;
- governa i processi e le funzioni operative afferenti alle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione;
- assicura la programmazione e la gestione integrata delle risorse umane ad essa afferenti;
- formula ed attua strategie organizzative per integrare le competenze delle professioni e degli operatori di riferimento nel processo di diagnosi, cura e riabilitazione.

Al Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Tecnico-Sanitarie afferiscono le seguenti Unità Operative Complesse:

- Professioni tecnico sanitarie – area radiologia medica
- Professioni tecnico sanitarie – area laboratorio Biomedico
- Professioni sanitarie riabilitative
- Professioni sanitarie della prevenzione

Alla UOC Attività di Riabilitazione funzionale afferiscono i seguenti profili professionali: Fisioterapista, Logopedista, Educatore Professionale, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE), Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Ortottista, Podologo, Massofisioterapista (MFT), Terapista occupazionale.

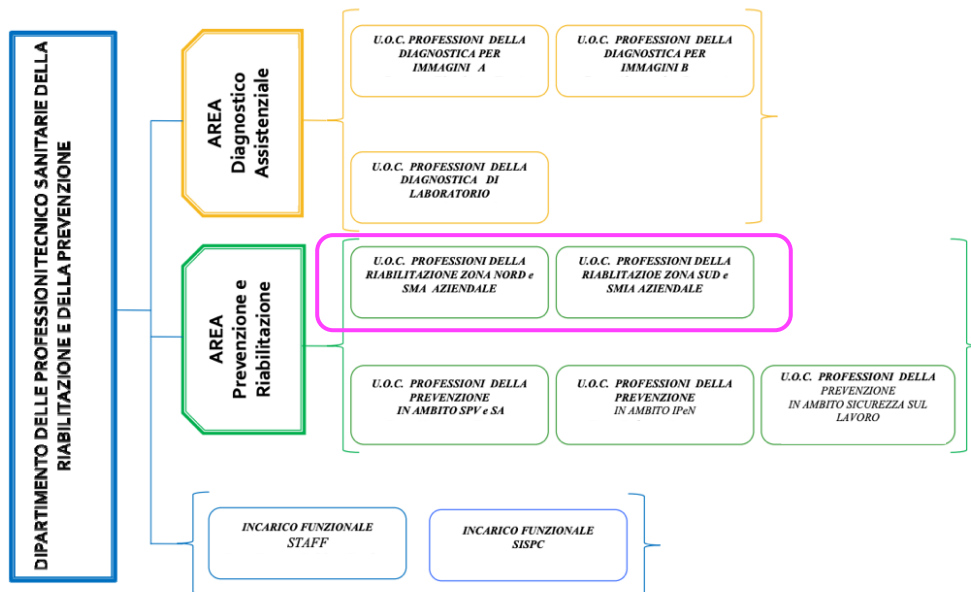
Le attività di Riabilitazione Funzionale vengono svolte sui seguenti ambiti: Cure Primarie, Salute Mentale Infanzia Adolescenza, Salute Mentale Adulti, Servizi per le Dipendenze, Educazione/Prevenzione/Promozione della salute.

I professionisti della riabilitazione svolgono le loro attività (prevenzione, valutazione, trattamento e educazione) in vari setting:

- Ospedale per acuti: intervento riabilitativo precoce a seguito di malattia o trauma, che potrebbe causare in seguito una disabilità.
- Strutture di degenza cod. 56: attività di riabilitazione intensiva in regime di degenza svolta presso strutture aziendali o convenzionate in cui vengono erogate prestazioni riabilitative per pazienti che necessitano di assistenza medica e infermieristica nelle 24 ore.
- Strutture ex art. 26: attività di riabilitazione estensiva presso strutture aziendali e convenzionate in cui viene erogata attività di riabilitazione in regime residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale.
- Cure Intermedie: attività di riattivazione o riabilitazione estensiva dei pazienti in base alla valutazione in equipe.
- Presidi territoriali (ambulatori, poliambulatori, case della salute): erogano attività sia in ambulatorio che presso il domicilio del paziente, anche attraverso percorsi specifici
- Centri diurni salute mentale e centri diurni handicap: per le attività di riabilitazione nel processo della salute mentale o nell'ambito della disabilità.

Considerando, quindi, nel complesso la struttura organizzativa delle professioni sanitarie della Regione Toscana il dirigente afferente alla classe delle lauree magistrali in scienze delle Professioni può essere incardinato non solo all'interno della SOC di specifica competenza, ma anche come direttore del dipartimento delle professioni tecnico sanitarie della riabilitazione e della prevenzione (previo possesso dei requisiti specifici).

Fig.4 e 5) Esempio di organigramma del servizio delle professioni sanitarie Regione Toscana



CAPITOLO 3: La direzione delle professioni sanitarie e di area riabilitativa nella Regione MARCHE stato dell'arte e prospettive future

3.1. Il sistema Sanitario Regionale delle Marche: iter legislativo

3.1.1. Norme di riferimento del Sistema Sanitario Regionale delle Marche

L'assetto organizzativo complessivo del sistema sanitario delle Marche è definito dalla normativa di riferimento nazionale (D.lgs. 502/1992 e SMI) e dalle disposizioni regionali che ne definiscono nello specifico l'ordinamento. Si deve considerare che la normativa nazionale ha dato alle aziende sanitarie l'autonomia organizzativa, e pertanto la definizione dell'assetto di ciascuna azienda è definito in un documento denominato Atto Aziendale. Le norme di riferimento essenziali sono:

- Legge regionale 26/1996 - Riordino del servizio sanitario regionale;
- Legge regionale 13/2003 e SMI - Riorganizzazione del sistema sanitario regionale;
- Legge regionale 19/2022 - Organizzazione del servizio sanitario regionale.

Con la **Legge Regionale del 17 luglio 1996, n. 26, (Riordino del servizio sanitario regionale)** ⁽³⁸⁾ viene istituita l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) ente dipendente della Regione Marche dotata di personalità giuridica, soggetto di diritto pubblico, e di una propria autonomia amministrativa e contabile. L'ARS svolge un'azione di supporto tecnico-scientifico per la gestione delle funzioni del Servizio Sanità e del Servizio Politiche Sociali e per il raccordo con gli enti del servizio sanitario regionale. L'Agenzia svolge inoltre, nell'ambito della programmazione regionale, funzioni di supporto alla programmazione in materia di sanità. Successivamente, la Regione Marche è intervenuta in materia di organizzazione sanitaria nel 2003 (Legge regionale 20 giugno 2003, n. 13)

con l'istituzione dell'ASUR azienda sanitaria unica a fronte delle 13 aziende sanitarie locali ASL preesistenti e successivamente nel 2022 (legge regionale 8 agosto 2022, n. 19) con la separazione delle competenze tra 5 aziende sanitarie territoriali denominate AST.

3.1.2. Legge regionale 13/2003 e SMI

La prima rilevante norma che riforma radicalmente il quadro organizzativo sanitario delle Marche è la **Legge 13 del 20 giugno del 2003 (Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale)** ⁽³⁹⁾. Con questa norma la regione stabilisce che, per erogare la propria assistenza sanitaria, si dota:

- di un'Azienda Sanitaria Unica Regionale territoriale (ASUR) con sede in Ancona;
- della Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" di Ancona;
- dell'Azienda Ospedaliera "San Salvatore" di Pesaro.

Il D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la realizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419) ⁽⁴⁰⁾ costituisce il punto di riferimento fondamentale per la definizione dell'assetto organizzativo della presente legge. L'assetto organizzativo regionale così articolato, infatti, ha lo scopo di *“recuperare a finalità unitarie gli obiettivi di programmazione e di alta amministrazione, consolidando, nello stesso tempo, a livello di zone territoriali, tutti gli aspetti di natura gestionale ed erogativa e, con essi, l'insieme dei rapporti con l'utenza, con gli operatori, con le organizzazioni sindacali e con le amministrazioni comunali”*. Si cerca in tal modo di rispondere alle difficoltà organizzative derivate dal grande frazionamento in quel momento esistente istituendo una Azienda Sanitaria Unica Regionale.

Precedentemente a questa normativa, infatti, si avevano 13 Aziende Sanitarie Locali sparse in tutto il territorio marchigiano e dunque l'ASUR nasce dalla fusione per incorporazione nell'Azienda USL 7 di Ancona delle altre dodici aziende USL esistenti. L'ASUR risulta così articolata al suo interno in tredici zone territoriali, le quali sono a loro volta suddivise in distretti. Ogni zona territoriale mantiene un'autonomia gestionale e tecnico-professionale ed è soggetta a rendicontazione analitica propria. È autonoma nelle procedure e negli atti finalizzati all'instaurazione con terzi di rapporti giuridici aventi valenza zonale e provvede alla gestione diretta dei relativi rapporti procedendo all'utilizzazione autonoma dei fattori produttivi e delle risorse assegnate. Le zone

territoriali, ai fini della contrattazione collettiva, sono considerate unità amministrative autonome. In definitiva le zone territoriali mantengono gran parte della loro autonomia amministrativa, gestionale, economica e giuridica, tuttavia sotto il coordinamento dell'ASUR.

La struttura del servizio sanitario marchigiano si evolve ulteriormente con la **Legge 17 del 22 novembre del. 2010 (Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale")** ⁽⁴¹⁾. All'art. 2 della presente legge si sancisce che il sistema sanitario regionale è composto:

- dall'azienda sanitaria unica regionale ASUR,
- dall'Azienda ospedaliera universitaria "Ospedali Riuniti - Umberto I – G.M Lancisi - G. Salesi" con sede in Ancona
- dall'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" nata dalla fusione dell'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro e del Presidio ospedaliero Santa Croce di Fano (LR 22 settembre 2009, n. 21 Istituzione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord") con sede a Pesaro.
- dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA). L'INRCA, pur essendo un istituto autonomo, entra di fatto nell'organizzazione sanitaria della regione.

Le aziende appena citate sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. In particolare, per quanto riguarda l'aspetto territoriale, l'autonomia viene ricondotta all'ASUR e tolta le zone territoriali. L'ASUR al suo interno è articolata in aree vaste, in zone territoriali e in distretti. In base alla presente legge l'ASUR, nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale, esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di area vasta, per cui si perde l'autonomia delle zone territoriali, che vengono raggruppate in Aree Vaste (entità di riferimento subordinata all'ASUR). All'aree vaste viene attribuito il compito di ottimizzazione dei servizi, di programmazione integrata e coordinamento tra zone confinanti. Le aree vaste, quindi, non sono altro che l'aggregazione delle zone territoriali e fanno capo all'ASUR.

Con la Legge regionale 1° agosto 2011, n. 17 (Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17)⁽⁴²⁾ scompaiono definitivamente le zone territoriali, mentre si sancisce che le aree vaste territoriali sono articolazioni dell'ASUR, aventi il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio.

Fig.6) Geografia delle Aree Vaste con le rispettive zone territoriali



3.1.3. La legge di riforma del SSR LR 19/22

3.1.3.1. Finalità

La necessità di introdurre una nuova organizzazione sanitaria deriva dall'esigenza di semplificare il quadro amministrativo per dare maggiori risposte alle esigenze degli utenti nei territori. Il nuovo sistema di governance prevede, infatti, di superare la centralizzazione dell'ASUR con la redistribuzione delle competenze e delle

responsabilità tra cinque Aziende Sanitarie Territoriali (AST) che “avranno la possibilità di individuare la governance migliore in base al loro contesto, e di sviluppare una trasversalità e una sinergia tra la rete ospedaliera e i servizi territoriali”.

La nuova legge di riordino interviene quindi nelle modalità di organizzazione e gestione dei servizi e non nelle finalità del Servizio Sanitario Regionale. Infatti, l’art. 1 della legge elenca i principi ed i valori a cui si ispira il Servizio sanitario regionale, in coerenza con quelli Costituzionali e dello Statuto regionale ⁽⁴³⁾, come di seguito riportati:

- centralità e partecipazione della persona, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale;
- universalità e parità di accesso ai servizi sanitari;
- garanzia dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sulla base della normativa vigente e degli atti di programmazione nazionale e regionale;
- efficacia, imparzialità, pubblicità, trasparenza e accessibilità;
- adeguatezza dell’assetto organizzativo e dell’erogazione dei servizi, nel rispetto delle peculiarità e dell’identità territoriale delle zone montane, delle zone disagiate e di confine;
- finanziamento pubblico dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;
- sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali;
- concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali.

3.1.3.2. *Gli enti del SSR*

Sulla base dell’art. 22 della L.R. 19/2022 ⁽⁴⁴⁾, gli Enti del servizio sanitario regionale sono:

- le Aziende sanitarie territoriali (AST),
- l’Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche
- l’Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona.

Essi sono dotati di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ed esercitano la propria autonomia organizzativa mediante l’atto aziendale di diritto privato.

Le Aziende sanitarie territoriali (AST) sono 5, come elencate all’art. 23 della legge:

- l’AST di Ancona,
- l’AST di Ascoli Piceno,

- l'AST di Fermo,
- l'AST di Macerata,
- l'AST di Pesaro-Urbino.

Gli ambiti territoriali di riferimento di ciascuna AST corrispondono ai 5 territori provinciali nonché alle ex Aree Vaste, articolazioni dell'ASUR di cui alla L.R. 13/2003. Rispetto al precedente modello organizzativo, si evidenziano due cambiamenti strutturali significativi: la cessazione della preesistente Azienda unica regionale (ASUR) e la contestuale istituzione di 5 Aziende con personalità giuridica (AST); la fusione nell'unica AST di Pesaro-Urbino della preesistente Azienda "Ospedali Riuniti Marche Nord", con l'articolazione territoriale dell'ASUR Area Vasta 1. Pertanto, con la legge di riordino, si determina una variazione del numero di Aziende che compongono il SSR, che passa da 4 a 7 (5 Aziende sanitarie territoriali AST, Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico INRCA) e, di conseguenza, il numero medio di assistiti per Azienda si attesta intorno a 300 mila, con differenze significative tra le dimensioni delle diverse AST.

Tab.4) Dimensione per popolazione delle nuove AST

AST L.R. 19/2022	Popolazione ISTAT 1° gennaio 2022
AST di Ancona	473.688
AST di Ascoli Piceno	202.317
AST di Fermo	168.485
AST di Macerata	293.306
AST di Pesaro - Urbino	349.596
Totale	1.487.392

3.1.3.3. *Gli organi delle AST*

Sulla base dell'art. 25 della legge di riordino, gli organi delle Aziende sanitarie territoriali sono i seguenti:

- il Direttore generale;
- il Collegio di direzione;
- il Collegio sindacale.

Per quanto attiene alla figura del **direttore generale**, la legge stabilisce che sia il rappresentante legale dell'Ente e responsabile della gestione.

Il Direttore generale assicura un'adeguata distribuzione delle potestà decisionali, mantenendo presso la direzione aziendale le funzioni di programmazione e di gestione strategica. È responsabile dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati, in termini di efficacia e di economicità dell'azione amministrativa e di ottimale utilizzo delle risorse. Assicura le funzioni di direzione dell'ente previste dalla normativa vigente in materia. In particolare:

- elabora le strategie aziendali e la loro specificazione attraverso gli strumenti di programmazione e di controllo della gestione;
- persegue il raggiungimento e il costante miglioramento di condizioni gestionali tali da garantire la uniforme ed efficace tutela della salute;
- assicura l'efficiente impiego delle risorse e il perseguimento dell'equilibrio economico dell'ente attraverso l'utilizzo dei budget assegnati, nonché attraverso azioni di efficientamento da prevedere quale obiettivo strategico all'atto della nomina;
- gestisce e valorizza il patrimonio dell'ente;
- adotta tutti i provvedimenti che si rendono necessari per la conduzione unitaria dell'ente.

Il Direttore Generale inoltre:

- nomina ed è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario (nelle AST si aggiunge il Direttore sociosanitario con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di integrazione sociosanitaria);
- nomina i componenti del Collegio sindacale e del Consiglio dei sanitari;
- nomina i direttori dei dipartimenti i direttori di distretto con le modalità di cui all'articolo 32.

È competenza del Direttore generale, infine:

- l'adozione dell'atto di organizzazione aziendale e degli atti di bilancio,
- l'adozione del Piano attuativo,
- l'approvazione del Programma delle attività territoriali,
- l'adozione della relazione sanitaria aziendale;
- l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione

- la nomina della delegazione trattante di parte pubblica;
- gli altri atti previsti dalla normativa vigente.

Il **Collegio di Direzione**, le cui competenze e modalità di funzionamento sono individuate con delibera giuntale, è composto dalle seguenti figure:

- direttori di distretto (per AST);
- direttori di dipartimento (per AST);
- direttori di presidio (per AST);
- coordinatori degli ambiti territoriali sociali (ATS);

Le funzioni del Collegio di direzione sono normate dall'articolo 17 del d.lgs. 502/1992 e sono le seguenti:

- il Collegio di direzione concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;
- concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché' dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;
- partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Il **Collegio sindacale**, che dura in carica tre anni, è nominato dal direttore generale ed è composto da tre membri per le AST, in conformità alle disposizioni previste dalla normativa nazionale - Art. 3-ter, D.lgs. 502/1992 e art. 4, comma 3, D.lgs. 517/1999⁽⁴⁵⁾ - ; in particolare, i componenti sono designati come di seguito elencato:

- 1 designato dal Presidente della Giunta Regionale;
- 1 designato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze;
- 1 designato dal Ministero della Salute.

Il collegio sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;

- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

3.1.3.4. Organizzazione delle AST

L'atto aziendale è un atto di diritto privato, elaborato ed attuato nel rispetto dei principi e dei criteri definiti dalle disposizioni nazionali e regionali, che disegna l'organizzazione e le articolazioni di governo dell'Azienda sanitaria territoriale e i suoi rapporti con gli Enti locali, la Regione, le rappresentanze dei cittadini. L'adozione di tale atto, da parte del direttore generale, deve seguire l'approvazione da parte della Giunta Regionale, sentita la competente Commissione assembleare.

La L. 19/2022 però oltre a richiamare la normativa nazionale in tema di organizzazione aziendale anticipa alcuni criteri fondamentali a cui le nuove aziende devono ispirarsi, quali:

- articolazione dei servizi idonea a garantire l'erogazione e l'acquisizione delle prestazioni individuate nel Piano sociosanitario regionale sulla base dei livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA);
- autonomia organizzativa dei livelli decisionali, ai fini dell'efficienza operativa;
- strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni di legge e della programmazione regionale;
- decentramento decisionale verso i dipartimenti, i distretti, i presidi e le altre strutture del servizio sanitario regionale, al fine di favorire la più ampia partecipazione ai processi organizzativi e operativi;

- organizzazione di funzioni e processi integrata in reti tra enti, dipartimenti o altre articolazioni operative per migliorare l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati;
- coordinamento tra attività sanitarie e attività sociali;
- integrazione e coordinamento tra servizi ospedalieri e servizi territoriali distrettuali, sia domiciliari sia residenziali, semiresidenziali e riabilitativi;
- pieno coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella programmazione del percorso assistenziale e nella sua attivazione e monitoraggio.

Sulla base degli indirizzi e criteri regionali, l'atto aziendale deve:

- disciplinare l'organizzazione delle funzioni, secondo il modello dipartimentale;
- contenere l'individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico- professionale soggette a rendicontazione analitica;
- disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, al direttore sociosanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di programmazione aziendale;
- definisce le modalità e i criteri per l'attribuzione ai dirigenti dei compiti e degli incarichi
- individua i distretti, quale articolazione territoriale e organizzativa dell'Azienda sanitaria territoriale, nel rispetto delle procedure di partecipazione della Conferenza dei sindaci e dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

Dal 1° gennaio 2023 la giunta regionale ha nominato i Commissari Straordinari delle cinque Aziende Sanitarie Territoriali rimasti in carica per gli affari correnti fino all'espletamento del bando per la nomina dei Direttori Generali. A partire dal 30 maggio 2023, la stessa giunta, ha provveduto alla nomina dei direttori generali delle 5 Aziende Sanitarie Territoriali. Sarà compito dei nuovi direttori generali redigere l'atto aziendale delle nuove AST.

3.1.3.5. Distretti, dipartimenti e presidi ospedalieri

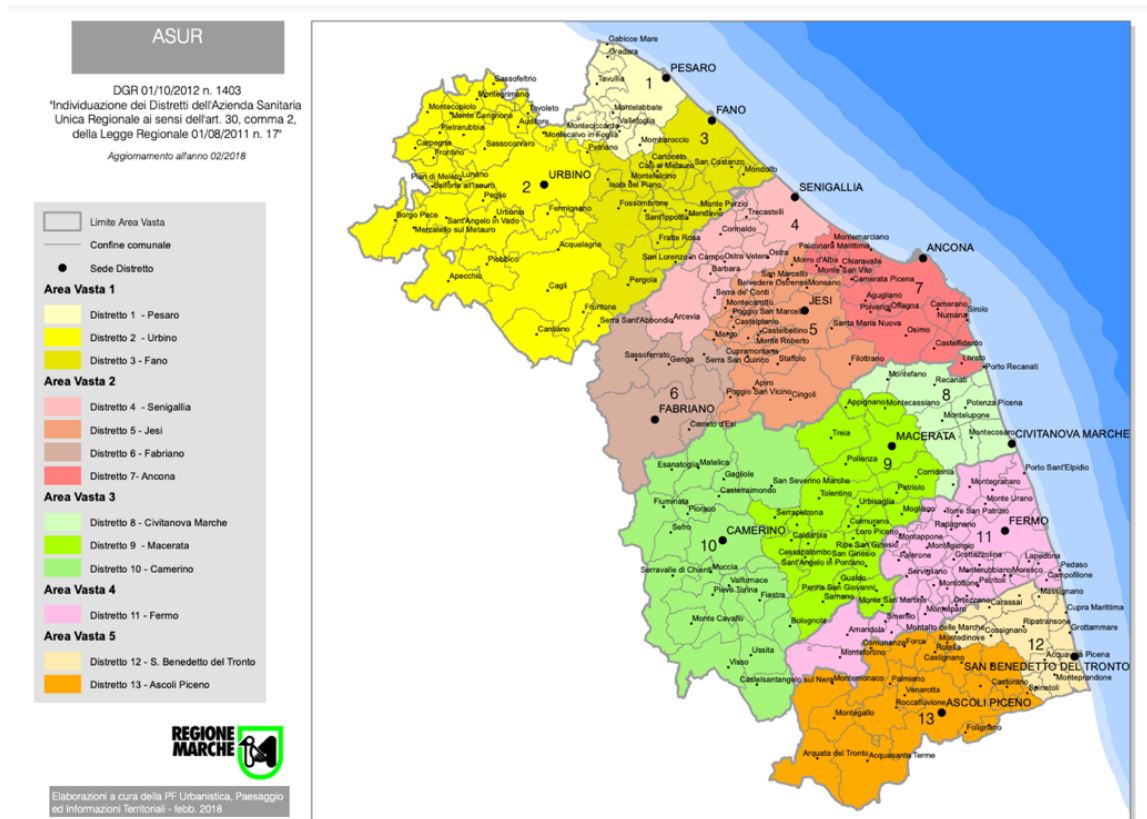
Per quanto riguarda l'articolazione delle Aziende, invece, in perfetta analogia con il dettato normativo nazionale, si prevede all'art. 23, comma 6, che l'Azienda sanitaria territoriale si articola in distretti, dipartimenti (compreso il dipartimento di prevenzione) e uno o più presidi ospedalieri.

I **distretti** sono articolazioni territoriali delle Aziende sanitarie territoriali che assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri. I distretti garantiscono una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento. In particolare, il distretto:

- assicura in modo coordinato e continuativo il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- individua i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari a soddisfare i bisogni degli utenti e persegue l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una adeguata risposta alle esigenze della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta;
- assicura la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, accedendo alle risorse del servizio sanitario regionale e alle altre risorse disponibili;
- cura l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici convenzionati e dai servizi direttamente gestiti;
- sviluppa iniziative di educazione alla salute e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente garantite dal servizio sanitario regionale;
- garantisce la fruizione, entro limiti temporali massimi definiti dalla programmazione aziendale, dei servizi erogati dai presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli altri presidi, assicurando l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri.

Allo svolgimento delle attività e delle prestazioni del distretto partecipano medici di medicina generale e pediatri convenzionati di libera scelta secondo quanto previsto dagli accordi a livello nazionale e regionale.

Fig. 7) articolazione dei distretti nelle AST come precedentemente individuati nell'organizzazione aziendale ASUR



Il comma 7 dell'articolo 47 prevede che in sede di prima applicazione della LR 19/22, il numero dei distretti non può superare il numero di quelli oggi esistenti, per cui le Aziende sanitarie territoriali non potranno né aumentare né diminuire il numero dei distretti sanitari. Pertanto, sulla base di tale dettato normativo, probabilmente in tutta la regione permarranno i 13 distretti come individuati nel DGR 1403 del 1/10/2012 (46).

Figura rilevanti all'interno del distretto è il Direttore del distretto. Il direttore di distretto è nominato dal direttore generale dell'Azienda sanitaria territoriale, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati dal direttore generale in termini di efficacia ed efficienza dei servizi erogati, nonché dell'uso razionale del complesso delle risorse assegnate. In particolare:

- è responsabile dell'integrazione operativa tra attività sanitarie in relazione alla loro valenza distrettuale;
- propone al direttore generale il Programma delle attività territoriali e ne cura l'attuazione;

- partecipa alle attività di programmazione dell'Azienda sanitaria territoriale;
- è responsabile del budget del distretto, che gestisce nel rispetto degli obiettivi assegnati dal direttore generale;
- propone al direttore generale accordi di programma e protocolli d'intesa con il Comitato dei sindaci di distretto per la gestione unitaria dei programmi operativi e delle risorse finanziarie e umane, anche al fine di pervenire a modalità unificate di accesso alla rete dei servizi territoriali;
- adempie a ogni altra funzione prevista dalla normativa vigente.

Il direttore di distretto esercita le proprie funzioni in collaborazione con il coordinatore di ambito territoriale sociale, entrambi sono responsabili dell'integrazione operativa in conformità agli indirizzi programmatici e nei limiti delle risorse disponibili. Si avvale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, in particolare per la definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie al miglioramento dello stato di salute della popolazione interessata e per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle attività territoriali.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale (D.lgs. N. 229 del 19 giugno 1999 ART. 17 BIS), con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria, nonché dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico. In base all'art.33 comma 1) della nuova legge di riassetto organizzativo regionale l'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività degli enti del servizio sanitario regionale.

L'organizzazione dei dipartimenti è caratterizzata da:

- attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del direttore di dipartimento;
- attribuzione al direttore di dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
- condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie.

I dipartimenti sono istituiti tramite l'atto aziendale, in conformità alle direttive della Giunta regionale.

Il **presidio ospedaliero** è l'articolazione organizzativa ospedaliera dell'Azienda sanitaria territoriale dotata di autonomia gestionale che aggrega funzionalmente tutti gli stabilimenti ospedalieri aventi sede nel medesimo territorio, con esclusione di quelli facenti parte dell'Azienda ospedaliero-universitaria. Il presidio ospedaliero assicura la fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali, secondo le caratteristiche qualitative previste dalla programmazione regionale e i volumi di attività negoziati con la direzione dell'Azienda sanitaria territoriale. Ai presidi ospedalieri è anche attribuita autonomia economico-finanziaria, con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria territoriale. Le funzioni del presidio sono esercitate tramite i dipartimenti, che aggregano le unità operative presenti e assicurano l'integrazione della gestione tra più stabilimenti ospedalieri. Ai sensi del comma 9 dell'articolo 4 del d.lgs. 502/1992, al presidio ospedaliero sono preposti dal direttore generale un dirigente amministrativo e un dirigente medico, individuato quale direttore del presidio.

Le AST provinciali hanno come articolazione interna i Presidi ospedalieri che insistono sul territorio, ad eccezione dell'AST di Ancona in cui viene riconosciuta una valenza di alta specializzazione di livello regionale all'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche e di livello nazionale a carattere scientifico all'INRCA di Ancona.

3.1.3.5. Agenzia Sanitaria Regionale (ARS)

A fronte della L.R. 19/22 il modello di governance del Sistema Sanitario Regionale si presenta stratificato a due livelli:

- 1) il livello regionale composto dai Dipartimenti Programmazione integrata, UE e Risorse finanziarie, umane e strumentali e Salute, quest'ultimo supportato dall'ARS (sulle materie previste dalla L.R. 26/1996 e L.R. 19/2022);
- 2) il livello degli erogatori pubblici e privati, costituito dalle 5 AST, l'AOU Marche, l'INRCA e le strutture private accreditate.

Le novità introdotte rispetto al modello precedentemente approvato con la L.R. 13/03 riguarda principalmente l'eliminazione del livello decisionale intermedio, rappresentato dall'ASUR. In particolare, la nuova organizzazione intende superare la centralizzazione operata con l'istituzione dell'Azienda Sanitaria Unica regionale, riconoscendo forte autonomia gestionale ed economico-finanziaria alle nuove AST, direttamente

responsabili del raggiungimento dei risultati prefissati. La soppressione di ASUR, tuttavia, determina a livello periferico una frammentazione di erogatori pubblici e privati, che richiede un coordinamento tra centro e attori periferici. Per tali ragioni, l'art. 43 della legge di riordino nell'assegnare nuove funzioni all'Agenzia Regionale Sanitaria, individua non solo mere attività di supporto della Regione, bensì veri e propri compiti di indirizzo e coordinamento del sistema.

Nelle materie sottoelencate, infatti, l'ARS ha una diretta responsabilità di coordinamento degli enti del SSR:

- coordinamento della programmazione degli acquisti centralizzati di beni, servizi e lavori pubblici degli enti del servizio sanitario regionale e supporto tecnico e operativo alla Stazione unica appaltante (SUAM);
- supporto agli enti del servizio sanitario regionale nella definizione del fabbisogno di personale;
- supporto in relazione all'eventuale coordinamento di procedure concorsuali aggregate per il reclutamento del personale degli enti del servizio sanitario regionale;
- raccolta, verifica, elaborazione dei flussi informativi e gestione dell'archivio regionale dei dati e delle informazioni di interesse sanitario, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali;
- analisi, valutazione e monitoraggio dei fabbisogni, della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie e delle risorse correlate, anche ai fini della definizione di costi standard;
- monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei contenuti informativi relativi agli adempimenti ministeriali e regionali;
- indirizzo per la programmazione e l'organizzazione dei trasporti sanitari e del sistema di emergenza e urgenza;
- indirizzo e coordinamento dei percorsi assistenziali ospedale-territorio, per la gestione del rischio clinico e la valutazione della qualità con attività di audit e misurazione degli esiti;
- indirizzo e governo delle reti cliniche;
- indirizzo, coordinamento e controllo dello sviluppo dei sistemi informativi e tecnologici del servizio sanitario regionale;

- valutazione delle tecnologie biomediche e coordinamento delle funzioni di Health Technology Assessment (HTA);
- promozione della ricerca, dello sviluppo, dell'innovazione in materia sanitaria e di integrazione sociosanitaria;
- monitoraggio dell'attività degli Uffici relazioni con il pubblico (URP) degli enti del servizio sanitario regionale e degli strumenti di partecipazione dei cittadini e degli utenti.

La Giunta regionale può attribuire all'Agenzia regionale sanitaria l'esercizio di ulteriori funzioni di coordinamento, assistenza e supporto al sistema sanitario regionale, per l'incremento del livello di efficacia e di efficienza del medesimo.

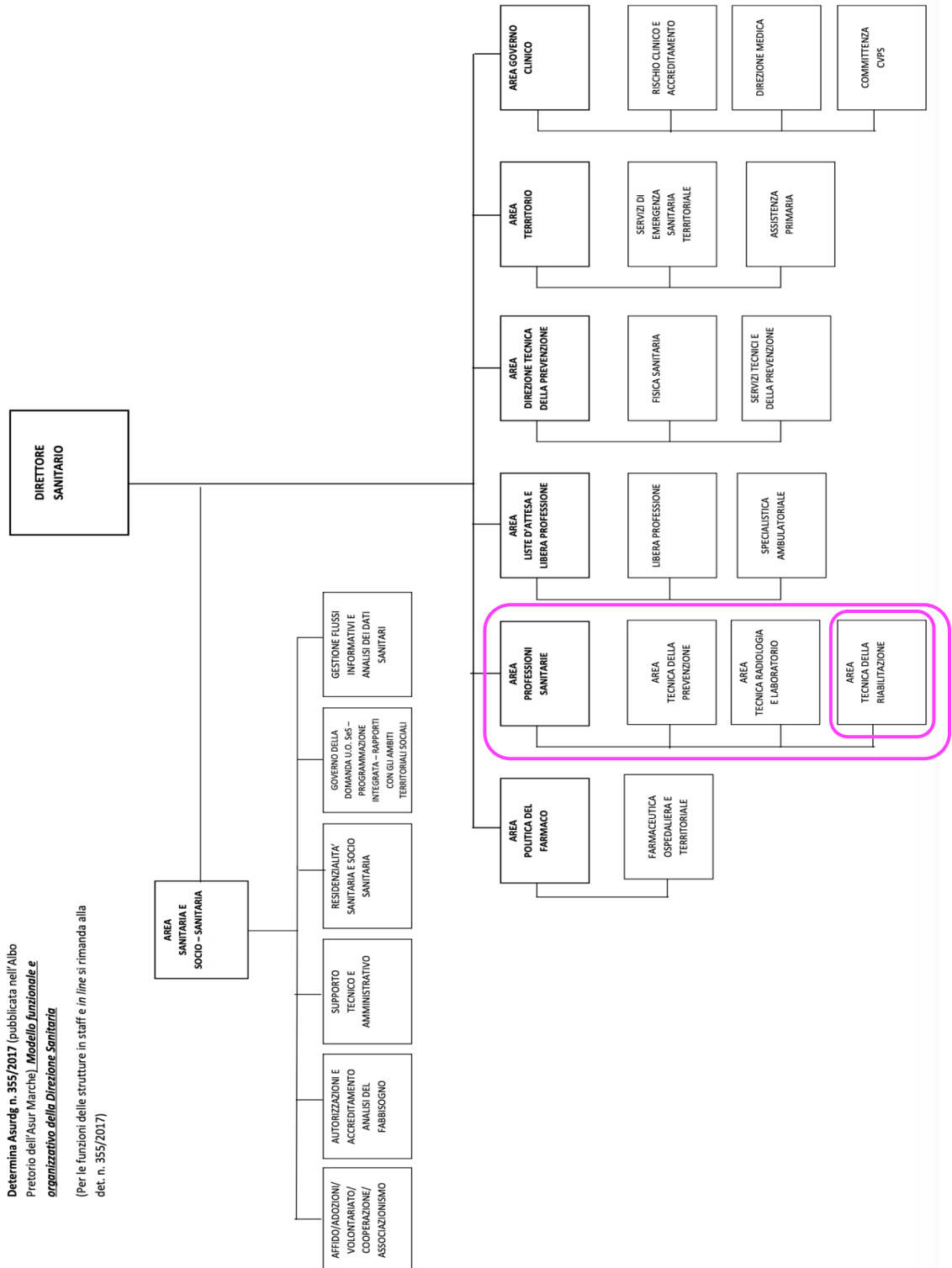
3.2. Servizio professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e della professione sanitaria ostetrica e servizio sociale professionale

Come già accennato in precedenza la **Legge 13 del 20 giugno del 2003** è stata la norma che, circa 20 anni fa, ha riformato radicalmente il quadro organizzativo sanitario delle Marche. L'articolo 8 di questa stessa legge si concentrava in particolare sulla disciplina dei “Dipartimenti delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica”. In base ad esso vengono istituiti, in seno all'ASUR il dipartimento aziendale ed i dipartimenti di zona delle professioni infermieristiche ostetriche, tecniche, della prevenzione e della riabilitazione. Secondo l'atto aziendale dell'ASUR del 2005 ⁽⁴⁷⁾ il Dipartimento aziendale definisce:

- indirizzi organizzativi e gestionali per il governo delle attività di competenza,
- gli obiettivi di qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali, tecniche, riabilitative nell'ambito della prevenzione cura e riabilitazione,
- lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi anche tramite gli operatori di supporto,
- i criteri per l'implementazione del governo clinico assistenziale,
- l'identificazione dei bisogni formativi.

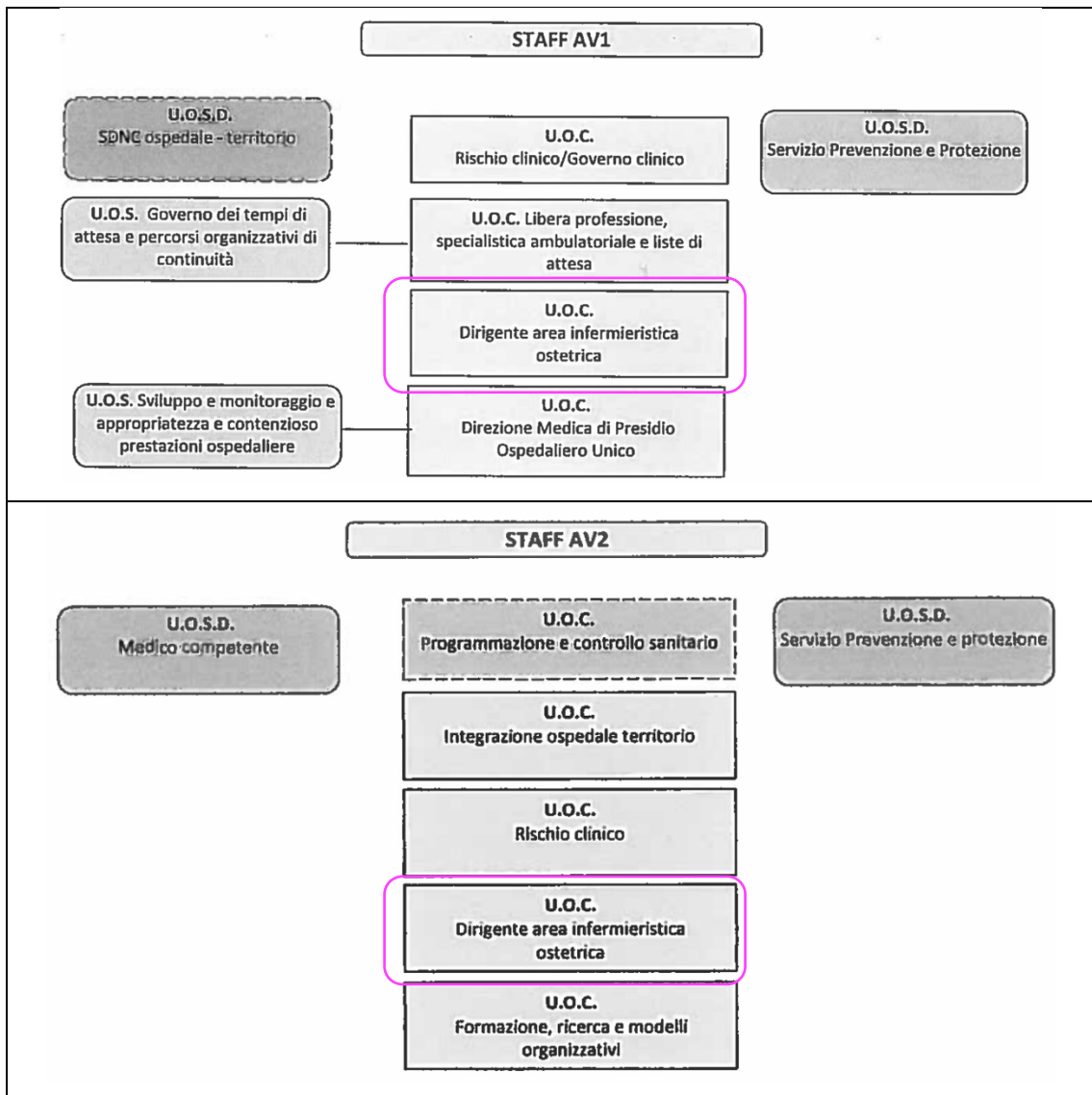
Sempre all' art.8, inoltre, si sanciva che per ogni area infermieristico-ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione, venisse nominato un dirigente.

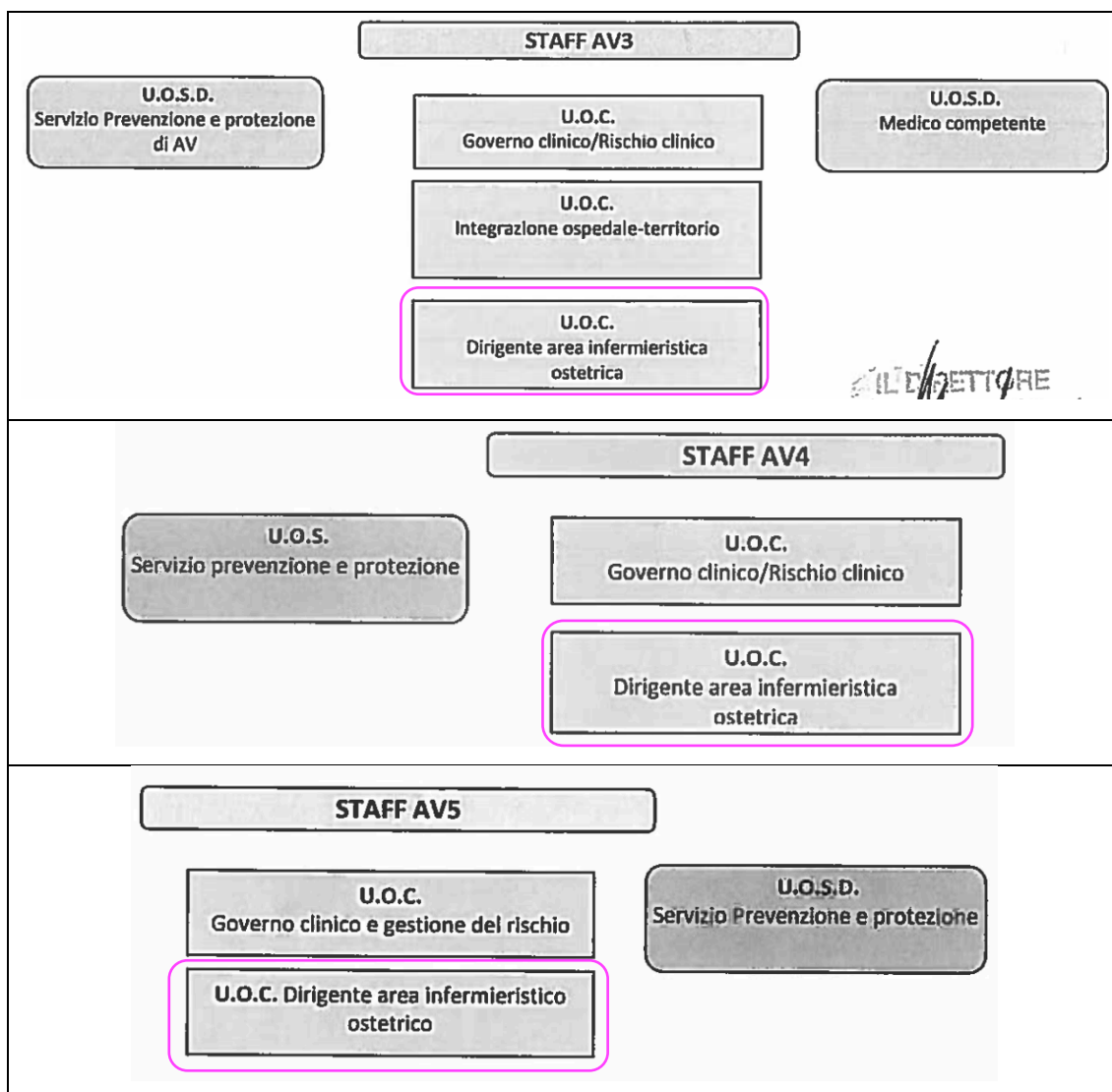
Fig. 8) Organigramma dell'ASUR: area delle professioni sanitarie e area delle professioni sanitarie



Le direttive generali fornite dall'ASUR sono state declinate e applicate al contesto aziendale di zona in ognuna delle 5 aree vaste. In tutte le aree vaste le professioni sanitarie della riabilitazione sono state inserite in staff al direttore sanitario o all'interno di U.O.C. professioni sanitarie, o all'interno dell'U.O.C. area infermieristica e ostetrica (le funzioni di staff investono competenze specialistiche, trasversali e strategiche che supportano la Direzione sanitaria). Come confermato dall'organigramma di ciascuna area vasta, non era previsto nessun dirigente di area riabilitativa.

Fig.9) Organigramma delle UOC professioni sanitarie o infermieristiche ostetriche all'interno delle aree vaste all.1 determina 361/DG del 23 giugno 2017





La legge regionale 19/22 oltre ad aver apportato notevoli cambiamenti nell'assetto organizzativo della sanità marchigiana, con l'art. 36 entra nel merito dell'organizzazione delle professioni sanitarie all'interno delle aziende del SSR.

La LR 19/22 all'articolo 36 cita: *“In attuazione della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), negli enti del servizio sanitario regionale è istituito il servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e della professione sanitaria ostetrica, quale struttura di staff della direzione aziendale, dotato di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolato su base dipartimentale, anche interaziendale ovvero tra le vari AST”*.

Pur avendo una indicazione legislativa regionale che obbliga la strutturazione per ogni azienda appartenente al SSR di istituire il Servizio delle professioni sanitarie, la situazione regionale si presenta ancora scarsamente definita a causa del processo di riorganizzazione avviato con la legge 19/22 che deve concludersi compiutamente. Le aziende AST, infatti, devono ancora definire i propri atti aziendali sulla base dei quali verranno articolati i vari organigrammi. La legge, inoltre, detta delle linee guida molto generiche circa la strutturazione del servizio delle professioni sanitarie, per cui sarà compito di ogni AST entrare nello specifico dotandosi di un proprio specifico assetto organizzativo.

CAPITOLO 4: Proposta di assetto organizzativo delle professioni sanitarie e di area riabilitativa

4.1. Confronto tra modelli

Dopo aver esaminato i modelli organizzativi adottati dalle regioni capofila per qualità del SSR e analizzato la realtà marchigiana, sono stati messi a confronto i vari assetti in cui le professioni sanitarie e di area riabilitativa sono inquadrati all'interno delle aziende sanitarie. Sulla base di tale confronto verrà sviluppata una proposta da poter applicare alla realtà marchigiana ancora in fieri.

Tab. 5) Quadro sinottico confronto tra regioni

Regione	Dipartimento	UOC/SOC	UOS/SOS	Dirigente di Area riabilitativa
VENETO	NO	UOC Direzione Professioni Sanitarie	UOS Professioni Sanitarie • Ospedale • Territorio • Prevenzione	Dirigente delle Professioni Sanitarie Area Riabilitazione Ospedale – Territorio.
EMILIA ROMAGNA	NO	Direzione Infermieristica Tecnica (DIT)	Direzione Infermieristica Tecnica (DIT) di ambito territoriale	Dirigente di area riabilitativa
TOSCANA	Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche Dipartimento delle professioni tecnico sanitarie della riabilitazione e della prevenzione	UOC Professioni tecnico sanitarie UOC Professioni sanitarie riabilitative UOC Professioni sanitarie della prevenzione		UOC Dirigente Professioni sanitarie riabilitative
MARCHE ante L.R. 19/22	NO	UOC professioni sanitarie/ UOC area infermieristica ostrica		Un unico dirigente di area riabilitativa nell'ambito dell'ASUR MARCHE

Dal confronto esposto sinteticamente in tabella emerge quanto segue: i modelli organizzativi presi in esame si riconducono a due tipi.

- Un modello organizzativo, come quello della Regione Toscana, conferisce molta importanza alle professioni sanitarie affidando ad un dirigente appartenente ad esse la direzione di un dipartimento con le relative unità operative complesse. Le unità operative complesse sono articolate per ogni classe di appartenenza delle professioni sanitarie tra cui, ovviamente, anche l'area riabilitativa.
- Più comune è il modello organizzativo adottato da Veneto ed Emilia-Romagna in cui vi è in generale una direzione, che comprende tutte le professioni sanitarie, strutturata sotto forma di unità operativa complessa, a sua volta formata da più unità operative semplici che si dividono o per ambito territoriale o in base al setting operativo (ospedale, territorio ecc.). Queste ultime direzioni si interfacciano a loro volta con i dirigenti di ciascuna area professionale (Area riabilitativa, della prevenzione ecc.).

4.2. Proposta modello dipartimentale

4.2.1. Mission, Vision, Values del dipartimento delle professioni sanitarie

La **mission** di un'azienda o di un servizio indica la sua ragion d'essere, le finalità generali che si propone, i bisogni che intende soddisfare, le caratteristiche distintive rispetto ad altre aziende o ad altri servizi. Facendo propria la mission aziendale un dipartimento che aggrega le professioni sanitarie si impegna:

- a perseguire la promozione, il mantenimento e il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza,
- ad operare con il massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza;
- a garantire l'accessibilità ai servizi per i cittadini, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.

Alla definizione della missione si accompagna quella della **visione**, che indica il futuro che si vorrebbe creare coerentemente alla missione, cioè quello che l'azienda o il servizio intende realizzare per raggiungere i propri gli obiettivi. Il dipartimento delle professioni sanitarie mira, quindi, a:

- garantire risposte ai bisogni di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e della prevenzione con appropriatezza, qualità, efficacia professionale ed efficienza operativa in tutte le attività assistenziali, riabilitative, tecnico-sanitarie e di prevenzione prestate sulla base delle competenze e delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici;
- concorrere ad assicurare i percorsi assistenziali per le persone fragili e per le cronicità nel rispetto dei LEA e degli standard previsti a livello nazionale e regionale;
- assicurare agli utenti un'assistenza personalizzata e di qualità attraverso la revisione dell'organizzazione del lavoro, l'incentivazione di modelli di presa in carico globale e proattivi della persona e l'utilizzo di metodologie di pianificazione per obiettivi, ponendo attenzione alla sostenibilità economica;
- promuovere il lavoro di equipe multiprofessionale e delle relazioni interdisciplinari nei percorsi diagnostico- terapeutici, clinici, assistenziali e riabilitativi per la massima tutela della persona assistita, della sua famiglia e del servizio reso ai cittadini/utenti con particolare attenzione agli aspetti sociali e sociosanitari;
- garantire lo sviluppo dei programmi ed il governo dei processi di sviluppo, gestione, valutazione e valorizzazione del personale all'interno di una strategia di decentramento organizzativo e di integrazione organizzativa e professionale;
- garantire la gestione dei processi attraverso l'analisi, la progettazione e la reingegnerizzazione dei percorsi di cura, di presa in carico e di prevenzione e promozione della salute ed assume ruolo attivo nella promozione dell'innovazione; promuove e realizza la ricerca, il benessere organizzativo, la cultura della sicurezza, la riduzione dei rischi clinici e professionali e la trasparenza, sostiene la motivazione del personale;

I **valori** aziendali possono essere definiti come tutti quei principi enunciati nella vision e nella mission e definiscono una sorta di "morale" dell'azienda stessa. Le aziende del

SSR pongono i bisogni delle persone che si rivolgono ad esse al centro della propria attività e, nel farlo, si ispirano ai seguenti principi fondamentali:

- **Eguaglianza ed imparzialità.** Diritti, doveri, opportunità e trattamenti imparziali per tutti i cittadini che accedono alle strutture sanitarie, a prescindere da nazionalità, etnia, religione, orientamenti sessuali, condizioni psicofisiche e socioeconomiche.
- **Giustizia ed equità.** Gestione secondo criteri di obiettività e giustizia delle risorse conferite in vista di una distribuzione equa, in funzione dei bisogni espressi dalle comunità assistite e da ogni singolo utente.
- **Continuità.** I servizi devono garantire la regolarità e la continuità dell'erogazione.
- **Autonomia e diritto di scelta.** Le persone devono poter decidere liberamente sulla propria salute. Ciò si ottiene grazie ad una comunicazione efficace, corretta ed esaustiva, tale da incrementare costantemente la possibilità di scelta e di autodeterminazione dei singoli.
- **Partecipazione.** Il cittadino è parte attiva nei processi di cura e di promozione della salute, semplificazione delle procedure ed un'informazione completa e trasparente aumentano la qualità complessiva del servizio reso.
- **Integrità ed etica professionale.** Tutti gli operatori sono impegnati a svolgere la propria attività nel rispetto della dignità e della salute delle persone, facendo riferimento ai principi contenuti nei codici deontologici specifici per le diverse professionalità.
- **Appropriatezza.** Scegliere e realizzare i servizi adeguati ai bisogni della comunità e del singolo.
- **Efficacia.** Le strutture e gli operatori sono impegnati nello sviluppo permanente dell'efficacia della loro azione nel presidiare la salute delle comunità e del singolo.
- **Efficienza.** Tutte le strutture operano alla luce del principio dell'efficienza, che significa impiego ottimale delle risorse disponibili finalizzato al raggiungimento del massimo risultato.
- **Qualità.** Le aziende ispirano la loro azione alla prassi del miglioramento continuo della qualità dei servizi. Per quanto riguarda tutta l'attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, il personale è impegnato a rispettare protocolli scientifici e linee guida condivise a livello internazionale che tengono conto delle evidenze scientifiche più

recenti, realizzati correttamente e con il rispetto dell'utente al fine di ottenere i migliori esiti di salute.

Nel progettare un dipartimento delle professioni sanitarie, in conclusione, non si può fare a meno di fare propri e rispettare questi principi guida.

4.2.2. Organizzazione del dipartimento delle professioni sanitarie e di area riabilitativa

In un quadro reale di disomogeneità come quello emerso dall'analisi delle varie realtà regionali è un'esigenza e una responsabilità rendere uniformi, comprensibili ed applicabili alcuni principi e definire così delle linee di indirizzo sul territorio regionale circa la Dirigenza delle professioni sanitarie e di area riabilitativa.

A partire dalla legge 251/2000 fino all'ultimo C.C.N.L. della Dirigenza Sanitaria del 19 dicembre 2019, la figura del dirigente delle professioni sanitarie si è evoluta notevolmente equiparandola alle altre figure appartenenti alla dirigenza dell'area sanità. Pertanto, è necessario organizzare le aziende sanitarie tenendo conto del cambiamento del panorama normativo, al fine di rendere i servizi stessi efficienti ed efficaci rispetto alla domanda di salute e all'esigenza di rendere sostenibile il sistema.

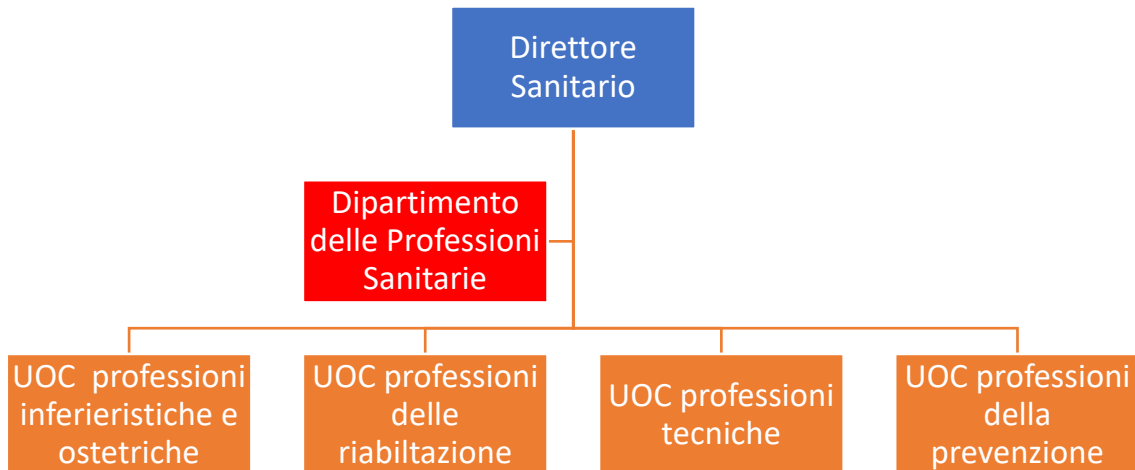
Facendo propri la mission, la vision e i principi guida precedentemente accennati, la proposta che scaturisce da questo lavoro è quella di costituire all'interno delle Aziende Sanitarie Territoriali il Dipartimento delle Professioni Sanitarie. Tale dipartimento, in line alla Direzione Sanitaria, nel valorizzare tutte le professioni che si occupano di salute e fornire servizi ottimale per l'utenza, verrà articolato in 4 Unità Operative Complesse per ciascuna area professionale:

- UOC. professioni infermieristica e ostetrica;
- UOC professioni della riabilitazione,
- UOC professioni tecnico sanitarie,
- UOC professioni della prevenzione.

Le Unità Operative Complesse saranno a loro volta poste sotto la conduzione di un Dirigente di Unità Operativa Complessa appartenete alla specifica area professionale: infermieristica/ostetrica, della riabilitazione, tecnico sanitaria e della prevenzione. Sotto la direzione del Direttore del dipartimento, le unità operative complesse e i rispettivi

Dirigenti dovranno operare in armonia e sinergia tra di loro e con le altre strutture aziendali.

Fig. 10) organigramma del dipartimento delle professioni sanitarie



Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, quindi, si configura come una struttura a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto. Presiede, pertanto, alla funzione di governo aziendale dell'assistenza sanitaria, mediante la partecipazione alla definizione delle strategie aziendali sulle politiche di programmazione, reclutamento, allocazione, gestione e sviluppo professionale del personale che si occupa di assistenza alla persona. Nello svolgere le proprie funzioni, questa struttura coniuga la valorizzazione delle specifiche professionali e la qualità dei servizi assistenziali offerti con l'impiego ottimale delle risorse disponibili; il tutto in un'ottica di umanizzazione e personalizzazione delle cure.

Il Dipartimento delle professioni sanitarie gestisce, nel rispetto dell'intesa e delle direttive emanate dai responsabili delle strutture organizzative di destinazione, a cui devono garantire massima collaborazione e supporto, l'impiego delle risorse umane attribuite od assegnate dalla Direzione Aziendale, nell'ambito della rispettiva professione, seguendone anche la formazione e l'aggiornamento, unitamente al potere di iniziativa e competenza disciplinare.

Il Direttore del Dipartimento, infine, assieme ai Dirigenti di Struttura Complessa, non sono solo responsabili della gestione del personale assegnato, ma anche di un proprio budget. Il budget può essere definito come un documento che: raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nell'anno suddivise per centro di responsabilità, esprime in maniera formale ed in termini quantitativi il programma dell'azienda, le risorse disponibili, i risultati da perseguire.

4.2.3. Unità Operativa Complessa Professioni della riabilitazione

Considerata la numerosità dei profili professionali afferenti e la complessità dei diversi contesti operativi, l'Unità Operativa Complessa delle professioni della Riabilitazione (come del resto le altre unità operative complesse che non prenderemo in esame), si propone come momento di elaborazione e di sintesi tra le diverse specificità, promuovendo e sostenendo lo sviluppo dell'integrazione professionale nei processi operativi, sempre nell'ottica di sinergia tra Dipartimenti e Strutture Aziendali.

Alla UOC Professioni della riabilitazione afferiscono ben 8 professioni (Fisioterapista, Logopedista, Educatore Professionale, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Ortottista, Podologo, Terapista occupazionale) molto eterogenee tra di loro e ognuna con il proprio profilo professionale.

Le attività di Riabilitazione, inoltre, non solo comprendono l'intervento su aspetti funzionali della persona anche molto diversi (per esempio basti pensare alle differenze che ci possono essere nell'operato del podologo e dell'ortottista), ma si esplicano in contesti estremamente vari e con diversi livelli di complessità.

→ I professionisti della riabilitazione possono intervenire a seguito di un evento acuto per garantire il recupero del massimo potenziale residuo di un sistema leso, sia nell'adulto che nei minori, ma si possono occupare anche di problematiche legate alla cronicità, soprattutto in un contesto di invecchiamento demografico come quello esistente.

→ I professionisti della riabilitazione svolgono le loro attività in ospedali per acuti, ma anche in strutture riabilitative intensive, estensive e di cure intermedie. Inoltre, svolgono gran parte delle loro attività nei presidi territoriali (ambulatori, poliambulatori, case della salute), ma anche presso il domicilio del paziente.

- I professionisti della riabilitazione svolgono il loro intervento nei centri di Salute Mentale dell'Infanzia Adolescenza e per Adulti e nei Servizi per le Dipendenze.
- I professionisti della riabilitazione promuovono l'Educazione, la Prevenzione e la Promozione della salute, attraverso interventi "proattivi" mirati alla gestione delle problematiche legate alla cronicità, la disabilità o alla correzione degli stili di vita.
- I professionisti della riabilitazione nell'espletamento del loro specifico agire professionale si interfacciano e collaborano con una numerosa varietà di figure professionali sanitarie (per esempio infermieri, OSS ecc.), ma anche numerose figure mediche e non mediche (per esempio: otorino per il logopedista, psichiatra e psicologo per l'educatore, oculista per l'ortottista ecc).

Tutta questa varietà di setting e figure professionali rende sicuramente una sfida complessa la gestione di una UOC di questo tipo. Per tale ragione il dirigente di area riabilitativa dovrà essere un profondo conoscitore dei profili professionali, dei precorsi clinici assistenziali, ma anche avere capacità di management e di leadership.

CONCLUSIONI

Un approccio sempre più integrato e complesso ai problemi di salute della popolazione ha fatto sì che all'interno di tutte le professioni sanitarie si sviluppassero soggetti con spiccate competenze manageriali e gestionali. Da questa esigenza è conseguita nel tempo una notevole evoluzione del quadro normativo, che ha portato alla definizione della figura del dirigente delle professioni sanitarie. Tali figure possono ricoprire diversi ruoli e svolgere diverse funzioni e attività all'interno delle aziende ed enti sanitari, a vari livelli organizzativi: dal progetto specifico, alla singola unità operativa, passando per le aggregazioni dipartimentali, fino alla direzione di servizi delle professioni sanitarie o aree di questo.

Le riforme legislative di questi ultimi venti anni hanno avuto conseguenze importanti anche nell'organizzazione delle aziende sanitarie. Infatti, si è sviluppata nel corso del tempo una struttura per la direzione delle professioni dalle ampie dimensioni volta a organizzare e dirigere il personale non solo infermieristico, ma anche tecnico, riabilitativo e della prevenzione. La direzione delle professioni sanitarie è una struttura che ha la titolarità dell'indirizzo, dell'organizzazione e coordinamento del personale appartenente a tutte o a una parte delle professioni sanitarie. Il servizio è affidato a un membro di una delle professioni sanitarie che ne fanno parte, il quale, con i suoi collaboratori, si occupa della gestione del personale e degli operatori di supporto.

Il presente lavoro si è concentrato sull'analizzare come queste indicazioni normative possano essere implementate nelle aziende sanitarie territoriali della Regione Marche, soprattutto in questo momento in cui si sta vivendo una grande stagione di cambiamento determinata dalla LR 19/22 che riordina in maniera importante il sistema sanitario della nostra regione. Infatti, pur avendo una indicazione legislativa regionale che obbliga ogni azienda appartenente al SSR di istituire il Servizio delle professioni sanitarie, la situazione regionale si presenta ancora scarsamente definita a causa del processo di riorganizzazione avviato con la legge 19/22 che deve concludersi compiutamente. Le aziende AST, infatti, devono ancora definire i propri atti aziendali sulla base dei quali verranno articolati i vari organigrammi. La legge, inoltre, detta delle linee guida molto generiche circa la strutturazione del servizio delle professioni sanitarie, per cui sarà

compito di ogni AST entrare nello specifico dotandosi di un proprio specifico assetto organizzativo.

Dall'analisi dei principi ispiratori del riordino e dei cambiamenti introdotti dal legislatore regionale rispetto al sistema previgente espressi all'art. 36 della Legge 19/22, e dal confronto con assetti organizzativi di regioni ritenute virtuose dal punto di vista sanitario (Veneto, Toscana, Emilia-Romagna) è stata formulata un'ipotesi di come possa strutturarsi il servizio delle professioni sanitarie nelle Aziende Sanitarie Territoriali facenti parte del SSR.

Secondo l'opinione di chi scrive dare forma dipartimentale al Servizio delle Professioni Sanitarie (come nella realtà Toscana) fa proprio l'assunto secondo cui lo strumento più potente per affrontare la complessità dei servizi assistenziali sanitari odierni è dato dalla cooperazione dei diversi attori che interagiscono all'interno dei servizi stessi. Tramite l'organizzazione dipartimentale si potrebbero raggiungere importanti obiettivi.

Qualità e sicurezza delle cure infermieristiche, riabilitative e dei processi tecnico-sanitari e della prevenzione. Mirare all'efficacia e l'efficienza del governo clinico assistenziale, nel rispetto della sostenibilità economica, al fine di rispondere ai bisogni della popolazione garantendo gli standard previsti a livello regionale e nazionale.

Centralità della persona. Si estrinseca in una serie di diritti esercitabili da parte dei singoli cittadini e che rappresentano dei doveri per tutti gli operatori sanitari. In definitiva nella programmazione sanitaria si ha il dovere di anteporre la tutela della salute dei cittadini (che rappresenta il motivo principale dell'istituzione del Ssn) a tutte le scelte, compatibilmente alle risorse economiche disponibili.

Valorizzazione e Sviluppo delle competenze dei professionisti. Riconoscere la motivazione delle risorse umane come indicatore di risultato di una corretta politica gestionale, attraverso la creazione di un contesto organizzativo e professionale ed interprofessionale nel quale tutti gli operatori possano esprimere il massimo delle potenzialità nel rispetto delle proprie competenze e attitudini.

Benessere organizzativo dei professionisti. Numerosi studi mostrano una stretta correlazione tra livelli inadeguati di professionisti e minore soddisfazione lavorativa, aumento dei livelli di stress, burnout, aumento del turn over del personale, diminuzione della qualità dei servizi erogati. Uno staffing adeguato con uno skill mix appropriato alle

migliori evidenze scientifiche genera un ambiente sicuro, un miglior clima organizzativo e migliori outcome.

Concludendo auspico che all'interno delle AST della Regione Marche si possa implementare, per la Direzione delle professioni sanitarie, un'organizzazione di tipo dipartimentale. Ritengo anche utile che, per ogni classe delle professioni sanitarie, venga strutturata una unità operativa complessa specifica per quella classe, in modo tale da poter gestire al meglio il personale con profili professionali molto diversi, così da fornire un miglior servizio al cittadino e garantire il buon andamento dell'azienda sanitaria pubblica.

BIBLIOGRAFIA

1. Professioni sanitarie Lauree magistrale, Alpha test 5° ed. pp. 3-pp.13.
2. Decreto 22 ottobre 2004, n.270 “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509”. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 12 novembre 2004 n.266
3. LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”. (GU Serie Generale n.50 del 02-03-1999)
4. LEGGE 10 agosto 2000, n. 251 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica” (GU Serie Generale n.208 del 06-09-2000)
5. DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 25 gennaio 2008 “Linee guida per la riorganizzazione del Sistema di istruzione e formazione tecnica superiore e la costituzione degli istituti tecnici superiori” (GU Serie Generale n.86 del 11-04-2008)
6. D.M. Sanità 29 marzo 2001 “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della L. 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, L. n. 251/2000)”. Pubblicato nella Gazz. Uff. 23 maggio 2001, n. 118.
7. LEGGE 1° febbraio 2006, n. 43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali” (GU Serie Generale n.40 del 17-02-2006)
8. Legge del 11/01/2018 n. 3 - Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute. Pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 25 del 31 gennaio 2018
9. Ministero della Salute Decreto 19 giugno 2006 Sostituzione della tabella contenuta nel decreto 14 aprile 2005 concernente l'accertamento della rappresentatività a livello

- nazionale delle associazioni professionali dell'area sanitaria. (G.U. Serie Generale, n. 162 del 14 luglio 2006)
10. MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 13 marzo 2018 “Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione” (GU Serie Generale n.77 del 03-04-2018)
 11. MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 8 settembre 2022, n. 183 Regolamento recante istituzione degli Ordini territoriali della professione sanitaria di fisioterapista e della Federazione nazionale degli Ordini della professione sanitaria di fisioterapista. (GU Serie Generale n.280 del 30-11-2022)
 12. DM Sanità 14 settembre 1994 n. 666 Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del podologo. (GU Serie Generale n.283 del 03-12-1994)
 13. DM Sanità 14 settembre 1994 n. 741 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista. (GU Serie Generale n.6 del 09-01-1995)
 14. DM Sanità 14 settembre 1994 n. 742 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del logopedista. (GU Serie Generale n.6 del 09-01-1995)
 15. DM Sanità 14 settembre. 1994 n. 743 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ortottista-assistente di oftalmologia. (GU Serie Generale n.6 del 09-01-1995)
 16. DM Sanità 17 gennaio 1997 n. 56 Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva. (GU Serie Generale n.61 del 14-03-1997)
 17. DM Sanità 17 gennaio 1997 n. 57 Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale. (GU Serie Generale n.61 del 14-03-1997)
 18. DM Sanità 17 gennaio 1997 n.136 Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapeuta occupazionale. (GU Serie Generale n.119 del 24-05-1997)
 19. DM Sanità ottobre 1998 n. 520 Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi

- dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.98 del 28-04-1999)
20. Carlo Calamandrei, Manuale di management per le professioni sanitarie, Mc Graw Hill, 2015
 21. DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 7 settembre 1984, n. 821, “Attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali”. (GU Serie Generale n.338 del 10-12-1984)
 22. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” (G.U. Serie Generale, n. 305 del 30 dicembre 1992)
 23. Pennini A., Autonomia e collaborazione. Gli ambiti di intervento infermieristico, McGraw-Hill, Milano, 2014”
 24. CCNL INTEGRATIVO DEL CCNL AREA DELLA DIRIGENZA RUOLI SANITARIO, PROFESSIONALE, TECNICO ED AMMINISTRATIVO DEL SSN del data 10 febbraio 2004, STIPULATO L'8 GIUGNO 2000
 25. CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA SANITA' TRIENNIO 2016 - 2018 del 19 dicembre 2019
 26. Fayol H., Direzione industriale e generale, Franco Angeli, Milano, 1973.
 27. Orlandi C., Definizione delle competenze core per la didattica dei contenuti manageriali nella formazione infermieristica, tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Milano, 2007.
 28. Costituzione della Repubblica, 1° gennaio 1948, art. 32
 29. Costituzione della Repubblica, 1° gennaio 1948, art. 117
 30. Costituzione della Repubblica, 1° gennaio 1948, art. 118
 31. DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. (GU Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132)
 32. Ministero della Salute, DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA UFFICIO III QUALITÀ E GOVERNO CLINICO “I dipartimenti ospedalieri nel Servizio Sanitario Nazionale. Rapporto sulla indagine nazionale” Ottobre 2007

33. Guzzanti E., Longhi T., Aspetti moderni dell'organizzazione sanitaria: il dipartimento, Federazione Medica, XXXVII, 2: 116-123,1984
34. LEGGE COSTITUZIONALE 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione". (GU n.248 del 24-10-2001)
35. REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE approvato con deliberazione Regione Veneto n. 1867 del 29 ottobre 2020 in vigore dal 1° novembre 2020
36. Deliberazione del Direttore Generale Ausl della Romagna anno 2015 n. 524 data 07/07/2015 oggetto: provvedimenti organizzativi a seguito della positiva verifica regionale dell'atto aziendale: approvazione assetto organizzativo Ausl Romagna. Allegato: riassetto organizzativo direzione infermieristica e tecnica Ausl della Romagna
37. REGIONE TOSCANA AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST REGOLAMENTO AZIENDALE DI ORGANIZZAZIONE Rev. 17 – agosto 2020 Nuovo modello governance DGRT n. 1280/2018 e 269/2019
38. LEGGE REGIONALE 17 luglio 1996, n. 26 "Riordino del servizio sanitario regionale" (B.U. 25 luglio 1996, n. 53)
39. LEGGE REGIONALE 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale" (B.U. 26 giugno 2003, n. 55)
40. DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. (GU Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132)
41. LEGGE REGIONALE 22 novembre 2010, n. 17 "Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale" (B.U. 25 novembre 2010, n. 104)
42. LEGGE REGIONALE 01 agosto 2011, n. 17 Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17 (B.U. 11 agosto 2011, n. 68)
43. LEGGE STATUARIA 8 marzo 2005, n. 1 "Statuto della Regione Marche" art. 4 Salute, ambiente e cultura (B.U. 15 marzo 2005, n. 1 speciale n. 1)

44. LEGGE REGIONALE 8 agosto 2022, n. 19 “Organizzazione del servizio sanitario regionale”. Pubblicazione:(B.U. 11 agosto 2022, n. 68)
45. Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 “Disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università, a norma dell’articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419” (Gazzetta Ufficiale 12 gennaio 2000, n.8, S.O. n.10/L
46. DGR 1403 del 1/10/2012. “Individuazione dei Distretti Dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell’art. 30, comma 2, della Legge Regionale 01/08/2011 n.17
47. Atto costitutivo ASUR 2005
48. Allegato 1. determina 361/DG del 23 giugno 2017