



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari

I professionisti della salute e
l'emergenza sanitaria:
nuovi modelli di responsabilizzazione

Health professionals and
the health emergency:
new models of accountability

Relatore: Chiar.mo
Prof. Luca Del Bene

Tesi di Laurea di:
Marta Mazzola

Correlatore: Chiar.mo
Prof. Enrico Cori

Anno Accademico 2020 - 2021

“C’è stato un momento in cui ho pensato:

«non ce la faccio, non ce la posso fare da sola».

Poi ho chiuso gli occhi e ho immaginato me stessa mentre agivo.

E ce l’ho fatta: ho superato la paura e ce l’ho fatta.”

(Meredith Grey, Grey’s Anatomy)

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1 - II SERVIZIO SANITARIO IN ITALIA E LA SUA EVOLUZIONE	6
1.1 <i>La nascita del Servizio Sanitario Nazionale italiano.....</i>	6
1.2 <i>Principali decreti in materia</i>	8
1.3 <i>Assetto organizzativo del Sistema Sanitario</i>	19
1.4 <i>Sistema di finanziamento in Italia.....</i>	26
1.4.1. <i>Diagnosis Related Group (DRG)</i>	31
CAPITOLO 2 - LE AZIENDE SANITARIE	34
2.1 <i>Le aziende in generale e introduzione al concetto di azienda sanitaria</i>	34
2.2 <i>Sistemi di gestione degli obiettivi e delle informazioni.....</i>	41
2.2.1 <i>La pianificazione</i>	41
2.2.2 <i>La programmazione e il controllo di gestione.....</i>	43
2.2.3 <i>Il sistema informativo.....</i>	48
CAPITOLO 3 - IL PERSONALE SANITARIO	50
3.1 <i>Le normative e alcune definizioni</i>	51
3.2 <i>La formazione continua in sanità.....</i>	57
3.3 <i>Le competenze tecniche e non</i>	62
3.4 <i>Coordinatori e dirigenti delle professioni sanitarie</i>	68
3.5 <i>La gestione del personale.....</i>	71
3.6 <i>Il controllo della qualità</i>	75

CAPITOLO 4 - LA REGIONE MARCHE E UN ESEMPIO DI STRUTTURA ACCREDITATA NEL PERIODO PANDEMICO (SARS-COV-2)	82
4.1. <i>La Regione Marche</i>	86
4.2. <i>L'Accreditamento delle strutture formative e formazione professionale</i>	89
4.3. <i>La Regione Marche e le strutture private accreditate in pandemia</i>	94
4.4. <i>Gli operatori sanitari e la formazione su Covid-19</i>	98
4.5. <i>Il Gruppo Kos e la formazione del personale</i>	107
CONCLUSIONI	121
BIBLIOGRAFIA	123
SITOGRAFIA	126

INTRODUZIONE

Le pandemie sono sempre esistite ma quello che si è modificato negli anni è stata la modalità con la quale queste si sono diffuse: la globalizzazione e l'urbanizzazione ha reso possibile la loro rapida diffusione.

Il seguente elaborato ha come base la situazione pandemica ancora in corso, che ha modificato il nostro modo di vivere, lavorare e soprattutto di approcciarci agli altri.

È risultato subito chiaro quanto sia stato (e lo è tutt'ora) importante il ruolo delle figure professionali sanitarie, che sono state fin dall'inizio in prima linea per affrontare una problematica che ha coinvolto tutto il Mondo.

Un ruolo importante è stato svolto anche dallo Stato e dalle Regioni che hanno dovuto attuare delle misure per proteggere tutta la popolazione e in modo particolare i professionisti della salute, elaborando normative e protocolli da seguire per impedire la rapida diffusione del Covid-19 (come, ad esempio, le linee guida per scegliere ed utilizzare dispositivi di protezione individuale, definito dall'Istituto Superiore di Sanità).

Obiettivo principale di questo lavoro di tesi è quello di sottolineare il valore delle risorse umane e quanto sia indispensabile la formazione per i professionisti, e in particolar modo per quelli sanitari, all'interno delle aziende: indispensabile per accrescere la qualità dell'azienda, rendendola competitiva nel mercato.

Nel primo capitolo verrà analizzato il Servizio Sanitario italiano e la sua evoluzione normativa. In particolar modo si parla della nascita della Costituzione italiana, della “Riforma sanitaria”, “Seconda riforma” e “Terza riforma” con le corrispondenti innovazioni che hanno portato al Sistema Sanitario Nazionale italiano.

Vengono elencati i principi di base e i tre livelli di competenza del Sistema Sanitario nazionale con i rispettivi ruoli operativi.

Il secondo capitolo tratterà il concetto di azienda e di azienda sanitaria con tutte le caratteristiche che devono avere per essere chiamate in tal modo, come vengono classificate e i comportamenti da tenere per un ottimale raggiungimento degli obiettivi (pianificazione, programmazione e controllo di gestione e sistema informativo).

Il terzo capitolo si focalizzerà sull’evoluzione normativa del personale sanitario e sulla gestione dello stesso, alcune importanti definizioni di termini utilizzati nel settore sanitario (ruolo, attività, responsabilità, mansioni). Andrà, inoltre, a sottolineare l’importanza della formazione continua in sanità (compresa l’importanza dei ruoli e dei livelli professionali) e le varie tipologie con le quali questa viene erogata. Un altro aspetto che verrà descritto è quello legato alle competenze, tecniche e non, dell’operatore sanitario durante l’assistenza sanitaria; il controllo della qualità in ambito sanitario (professionale, gestionale e organizzativa e percepita) e gli strumenti che possono essere applicati.

Il quarto e ultimo capitolo si focalizzerà su come la Regione Marche è organizzata e descriverà brevemente il suo Piano Socio-Sanitario. Verranno descritti gli interventi che sono stati attuati in corso della pandemia, sottolineando la collaborazione tra Stato-Regione e l’importante aiuto delle strutture private

accreditate con la Regione Marche nel togliere “peso” agli Ospedali saturi di pazienti affetti da Coronavirus.

Verrà sottolineato l’importante ruolo della formazione degli operatori sanitari che hanno dovuto affrontare un virus del quale non avevano conoscenze. L’aggiornamento riguardo i dispositivi di protezione, i vari protocolli da attuare e i nuovi corsi di formazione che sono stati messi in atto in brevissimo tempo per poter proteggere lo stesso operatore ed evitare la diffusione ulteriore del Covid-19.

In questo capitolo sarà fatto un esempio di struttura privata che ha risposto positivamente alla richiesta di aiuto degli Ospedali pubblici nelle Marche: il Gruppo Kos S.r.l. (con un piccolo accenno all’Istituto Santo Stefano di Porto Potenza Picena, sede della Kos Academy) che, oltre ad aver diminuito la pressione negli ospedali pubblici dal sovraccarico di pazienti-Covid, ha attuato nuove vie per consentire ai professionisti della salute di aggiornarsi professionalmente, soprattutto sul nuovo virus e hanno realizzato nuovi corsi di formazione in tempi brevissimi, grazie alla fitta rete di strutture e professionisti di cui dispone.

CAPITOLO 1 - II SERVIZIO SANITARIO IN ITALIA E LA SUA EVOLUZIONE

1.1 La nascita del Servizio Sanitario Nazionale italiano

La Costituzione italiana, entrata in vigore nel 1948, si occupa esplicitamente della salute, in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che recita:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"¹.

Il 23 dicembre 1978, venne approvata la legge n. 833, comunemente denominata “*Riforma sanitaria*” e che diede origine all’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il SSN è un sistema di funzioni, strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l’accesso universale all’erogazione equa delle prestazioni sanitarie.

1

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=5073&area=Lea&menu=vuoto>

I principi di base su cui si basa il SSN dalla sua istituzione sono:

- Universalità: è l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione, in conformità del nuovo concetto di salute introdotto dalla legge istituzionale del SSN.

La salute², a partire dal 1978, è stata intesa infatti non soltanto come bene individuale ma soprattutto come risorsa della comunità.

Il SSN nella pratica applica questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, con una organizzazione capillare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Aziende Sanitarie locali (ASL), dalle Aziende Ospedaliere (A.O.) e da strutture private convenzionate con il SSN. Tutti garantiscono, in modo uniforme, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione.

- Uguaglianza: tutti i cittadini hanno diritto di accedere alle prestazioni senza distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche, in quanto la salute è una risorsa comune. Ai cittadini che non appartengono a categorie esenti, è richiesto il pagamento di un ticket che varia per ogni singola prestazione prevista dai LEA.

² L'Italia ha aderito all'OMS nel 1947. Secondo l'OMS, l'obiettivo dell'Organizzazione è "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute", definita come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità".

<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>

- Equità: a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Questo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le diseguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

Per la sua applicazione è necessario:

1. Garantire a tutti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e in particolare delle prestazioni³;
2. Fornire, da parte del medico, infermiere e operatore sanitario, una comunicazione corretta sulla prestazione sanitaria necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico)⁴.

1.2 Principali decreti in materia

È necessario ora analizzare sinteticamente l'evoluzione normativa che negli ultimi anni ha radicalmente modificato la governance dell'assistenza sanitaria del nostro paese.

³ La qualità del sistema sanitario è il risultato di un approccio multidimensionale mirato al ciclo continuo di miglioramento di sei diverse aree: accessibilità, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, accettabilità/centratura sul paziente.
<http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaParagrafoRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=valutazione&id=2677>

⁴ La professionalità dei medici e infermieri, non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e rapportarsi con i colleghi nel lavoro di équipe, è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=5073&area=Lea&menu=vuoto>

Il SSN, come già precedentemente descritto, è stato istituito nel 1978 dalla legge n. 833, la quale decreta il concetto di “salute” inteso come fondamentale diritto dell’individuo⁵ a interesse della collettività (universalità) attraverso la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica (globalità) di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino eguaglianza dei cittadini⁶.

Venne attribuito allo Stato le funzioni di coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria ed economica.

La suddetta legge istituisce un Piano Sanitario Nazionale (PSN), con indicate le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del SSN.

Infine, la legge 833/1978 ha determinato tre livelli di competenza del SSN:

- Nazionale, indirizza e coordina le Regioni in materia sanitaria;
- Regionale, per l’esercizio delle funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria e per l’espletamento delle funzioni proprie o delegate dallo Stato;
- Unità Sanitarie Locali (USL), strumento organizzativo ritenuto idoneo a garantire ai cittadini, in condizioni di uguaglianza e nel rispetto del loro diritto alla salute, un servizio globale, decentrato e partecipativo, capace di svolgere le necessarie attività di promozione della salute, prevenzione, cura

⁵

https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32#:~:text=La%20Repubblica%20tutela%20la%20salute,non%20per%20disposizione%20di%20legge.

⁶ Primi due articoli della Legge del 23 dicembre 1978, n. 833 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>

e riabilitazione. È, infatti, a livello dell'USL che viene fornita una gamma teoricamente completa di servizi fra loro integrati: dalla ricerca epidemiologica all'igiene ambientale, dall'educazione sanitaria all'assistenza medica e infermieristica domiciliare e ambulatoriale, dall'assistenza ospedaliera alla riabilitazione e così via. È tramite una rete completa di USL omologhe che si ritiene di poter evitare differenze e squilibri nelle condizioni sanitarie delle diverse aree e dei diversi ceti e di collegare l'azione sanitaria con gli interventi e i servizi sociali⁷. Le USL sono dunque l'elemento innovativo introdotto dalla legge di riforma sanitaria. Sono la struttura operativa dei comuni, singolo o associati, e delle comunità mondane.

La riforma n. 833/1978 ha introdotto il finanziamento attraverso il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), con un importo stabilito annualmente e, successivamente, ripartito fra le Regioni, che a loro volta, lo suddividono fra le varie USL. La ripartizione deve tendere al raggiungimento dell'uniformità del livello delle prestazioni sull'intero territorio nazionale.

La “*Riforma sanitaria*” rappresentò un provvedimento normativo dalle caratteristiche innovative e denotò, in poco tempo, alcuni significativi aspetti di criticità, sia con riguardo alla reale capacità di creare condizioni di efficienza e di efficacia a livello di sistema, sia per la scarsa separazione di ruolo dal punto di vista sostanziale tra organi politici e organi gestionali.

⁷ CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 26.

Le unità territoriali, prive di incentivi reali diretti al contenimento della spesa entro i limiti previsti, superavano regolarmente il tetto delle risorse assegnate, obbligando lo Stato ad intervenire con finanziamenti aggiuntivi destinati a ripianare i debiti⁸.

Le USL operavano in un regime praticamente senza vincolo di risorse, senza disporre di alcuna leva decisionale reale da usare per il controllo della spesa.

La situazione divenne presto insostenibile a causa dell'esplosione della spesa sanitaria (come, ad esempio, l'aumento dell'invecchiamento della popolazione), soprattutto perché lo Stato forniva servizi a costi irrilevanti o gratuitamente.

Il SSN iniziò a fissare dei limiti alle prestazioni erogate dallo Stato⁹.

Per controllare questa domanda, già prima del 1992 venne introdotto il pagamento dei servizi sanitari tramite ticket¹⁰ (una compartecipazione del paziente alla spesa sanitaria, più consistente per i servizi non urgenti e meno essenziali. Viene pagata una quota specifica per alcune prestazioni comprese nei LEA¹¹). I ticket sanitari

⁸ MARINO' L., *La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali. Concetti, modelli, decisioni*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2008, pagg 56 - 58

⁹ Non vengono più erogate prestazioni che non rispondono ai principi del SSN (art. 1 del D.Lgs n. 502/1992), che non soddisfano i principi di efficacia (non vi è una documentazione scientifica circa l'efficacia) ed appropriatezza (es. miglioramenti estetici), non soddisfano il principio dell'economicità (il costo delle prestazioni è troppo alto che toglierebbe risorse per altri settori). CALAMANDREI C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 28.

¹⁰ Il ticket, introdotto in Italia dal 1982, rappresenta il modo con cui gli assistiti contribuiscono o "partecipano" al costo delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono. Le prestazioni incluse nei LEA per le quali è previsto il pagamento del ticket sono:

1. Le visite specialistiche ed esami di diagnostica strumentale e di laboratorio;
2. Le prestazioni eseguite in pronto soccorso che non rivestono carattere di emergenza o urgenza (codici bianchi), non seguite da ricovero;
3. Le cure termali.

<https://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?id=4674&area=esenzioni&menu=vuoto>

¹¹ Si parla per la prima volta di LEA nell'art. 1 del D.Lgs n. 502/1992

dovrebbero, quindi, tendere a responsabilizzare i consumatori circa il costo dei servizi sanitari, evitando in questo modo l'eccessivo consumo di essi.

Oltre a questa modalità di pagamento di prestazioni sanitarie, venne adottato anche il prelievo fiscale obbligatorio, contributi pagati dai cittadini e tramite l'autofinanziamento delle Regioni.

Il legislatore promosse, successivamente, nuove riforme: la “*Seconda riforma*” (costituita dal D.Lgs 502/1992 e dal D.Lgs 517/1993) e la “*Terza riforma*” costituita dal D.Lgs n. 229/1999.

Tra le principali modifiche apportate al sistema della sanità pubblica troviamo:

- Ridefinizione degli ambiti territoriali delle USL, che vengono ampliati per farli coincidere con quelli delle province;
- Trasformazione dell'USL in Aziende Sanitarie Locali o ASL, dotate di personalità giuridica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (aziendalizzazione¹²) e in

I LEA sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

<https://www.iss.it/livelli-essenziali-di-assistenza-lea->

¹² Vengono applicati i criteri aziendali come l'autonomia, la durabilità, efficacia, efficienza ed economicità. Sono tenute al vincolo del bilancio (quest'ultimo legato al raggiungimento dell'uguaglianza costi – ricavi).

Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale (DG) ed il Collegio dei revisori. Il DG è coadiuvato dal Direttore Amministrativo (DA), dal Direttore Sanitario (DS) e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, in conformità alla normativa regionale. Tutti i poteri di gestione sono riservati al DG, nominato dal Presidente della Giunta regionale. In caso di assenza o di impedimento del DG, le relative funzioni sono svolte dal DA o dal DS su delega del DG o, in mancanza di delega dal direttore più anziano per età. Il DA e DS sono assunti con provvedimento motivato dal DG, il DA ha funzioni di direzione di servizi amministrativi, mentre il DS ha funzioni di direzione dei servizi sanitari.

Aziende Ospedaliere o A.O.¹³. La loro natura è quella di essere enti strumentali delle Regioni. Il D.Lgs n. 299/1999 conferirà a queste aziende autonomia imprenditoriale;

- Introduzione del vincolo di bilancio (che deve essere chiuso in pareggio), il cui rispetto diventa condizione per il mantenimento nella carica del Direttore Generale dell'azienda;
- Adozione a livello nazionale di una quota capitaria indifferenziata per il riparto fra le Regioni del FSN. Il riparto del fondo alle Regioni avviene attraverso il meccanismo cosiddetto della “quota capitaria pesata”, cioè un insieme articolato di criteri che vengono applicati alla popolazione delle Regioni e che danno poi luogo al finanziamento che viene assegnato dallo Stato a ciascuna di esse per l'erogazione dei LEA;
- Attribuzione alle Regioni di una maggiore autonomia programmatica e organizzativa e loro responsabilizzazione per quanto riguarda i livelli di spesa;

Il consiglio dei sanitari ED ha funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal DS. Fornisce parere obbligatorio al DG per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti. Il Consiglio dei sanitari si esprime anche sulle attività di assistenza sanitaria.

Il Collegio dei Revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità, esamina il bilancio di previsione e relative variazioni.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/07/16/099G0301/sg>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992:502~art3bis>

Vennero introdotte funzioni e strumenti di management: sistemi avanzati di pianificazione, programmazione e controllo, moderne tecniche di misurazione delle performances. Queste innovazioni sono state dirette ad accrescere il grado di razionalità nei processi decisionali al fine di ottenere sensibili miglioramenti nell'efficienza e nell'efficacia delle attività economiche.

L'art.4 del D.lgs.150/2009 articola il ciclo della performance come processo di definizione degli obiettivi, di allocazione delle risorse necessarie al loro raggiungimento, di monitoraggio in corso di gestione e di valutazione e rendicontazione dei risultati ottenuti in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio Si rimanda al sito: <https://performance.gov.it/linee-guida-il-sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance>

- Introduzione nella gestione delle aziende sanitarie di quello ospedaliero di strumenti di regolazione economica come il budget, il sistema di reporting, contabilità analitica per centri di costo, bilanci preventivi pluriennali e annuali;
- Adozione del metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni per garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini;
- Competitività tra pubblico e privato e adozione di accreditamento come prerequisito per esercizio di attività sanitarie. A questo si affianca il riconoscimento ai cittadini della facoltà di scegliere se far ricorso a enti pubblici o privati (libera scelta degli assistiti tra più produttori).

Con i due decreti si riuscì ad ottenere un ottimale e razionale uso delle risorse, migliore efficienza produttiva del SSN e un contenimento della spesa. Inoltre, ogni cittadino era libero di scegliere dove e da chi farsi curare (concorrenza).

Lo Stato fornisce a ciascun cittadino un contributo variabile a parziale copertura del prezzo (ticket, già trattati precedentemente).

Nel processo di regionalizzazione si ha un decentramento delle funzioni in materia sanitaria alle Regioni (che da questo momento in poi avranno più responsabilità oltre che ad essere le rappresentanti della popolazione), quest'ultime diventano centri di imputazione di responsabilità gestionali di natura programmatoria, organizzativa e finanziaria e sull'attribuzione dei servizi di prevenzione, diagnosi e terapia ad organismi autonomi sotto il profilo giuridico, amministrativo, patrimoniale, contabile e organizzativo.

La Regione, in seguito ad un proprio Piano Sanitario Regionale (PSR), distribuisce le risorse derivanti dal Fondo Sanitario Nazionale (FSN) alle Aziende.

La “*Terza riforma*”, il D.Lgs 229/1999 (Riforma Bindi)¹⁴, tutt’oggi in vigore ha:

- Rafforzato la caratteristica di azienda (es. autonomia imprenditoriale, attività orientata a criteri di efficacia, efficienza ed economicità con rispetto del vincolo del bilancio);
- Valorizzato ulteriormente il ruolo delle Regioni;
- Rafforzato il ruolo dei Comuni in fase di programmazione e controllo;
- Integrazione sociosanitaria nei percorsi assistenziali integrati con prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale;
- Istituito fondi integrativi sanitari destinati a potenziare l’erogazione di prestazioni aggiuntive ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN;
- Riformato la dirigenza sanitaria, collocata in unico ruolo distinto per profili professionali e con esclusività di rapporto di lavoro. Ha riformato la disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie¹⁵;

¹⁴ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/07/16/099G0301/sg>

¹⁵ Il D.Lgs 229/99 è stato rafforzato dal D.Lgs n.254/2000. È previsto un unico ruolo distinto per profili professionali, Articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali punto sono previsti il dirigente responsabile di struttura semplice è il direttore di struttura complessa. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale aziendale, finalizzati all' efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate di qualità. Il dirigente e responsabile del risultato. Norme successive (legge n. 251/2000 consentono agli infermieri e altri professionisti l'accesso della dirigenza). https://def.finanze.it/DocTribFrontend/decodeurn?urn=urn:doctrib::DLG:2000-07-28:254_art1; CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 31.

- Introdotto la formazione continua nota come Educazione Continua in Medicina (ECM).

Come sopraelencato, il D.Lgs n. 229/1999 ha portato all'evoluzione del ruolo e della funzione della dirigenza, affermando, quindi, un nuovo modello di azienda sanitaria, che vede al suo vertice il top management aziendale, comprendente il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e, ad un gradino più basso, la Dirigenza delle professioni sanitarie¹⁶. Il dirigente è sottoposto a verifica triennale¹⁷.

La peculiarità che caratterizza la posizione è la partecipazione al governo dell'azienda sanitaria, che si esprime principalmente nell'attività di co-direzione insieme agli altri direttori (sanitario, amministrativo) che compongono la direzione strategica, sotto la guida del Direttore generale.

Ciò che maggiormente caratterizza questo ruolo e lo svolgimento delle funzioni di:

1) Pianificazione:

- Contributo alla definizione della mission e vision aziendali e nella definizione delle strategie e politiche aziendali;
- Definizione delle strategie e obiettivi del servizio;
- Collaborazione alla definizione dei piani strategici di sviluppo aziendale;

¹⁶ <https://www.camera.it/parlam/leggi/002511.htm>

¹⁷

<https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=9&art.codiceRedazionale=001R0402&art.idArticolo=46&art.idSottoArticolo=1&art.dataPubblicazioneGazzetta=2001-11-24&art.progressivo=0>

- Definizione dei parametri per determinazione della tipologia quali-quantitativa di risorse umane necessarie per realizzare gli obiettivi aziendali e del servizio delle professioni sanitarie;
- Definizione dei criteri per valutazione delle performance e delle competenze dei professionisti.

2) Gestione e organizzazione:

- Assegnazione delle risorse umane ai dipartimenti sulla base della pianificazione e obiettivi aziendali, nonché dei parametri definiti;
- Definizione dei parametri complessivi per la gestione della turnistica, mobilità, piano delle sostituzioni;
- Gestione delle risorse finanziarie assegnate.

3) Direzione:

- Partecipazione al governo e direzione dell'azienda;
- Creazione e mantenimento di un clima organizzativo positivo e motivante che sostenga la retention delle risorse umane;
- Rappresentanza delle professioni coinvolte nel servizio;
- Gestione delle riunioni con i coordinatori dei dipartimenti dell'unità operativa e partecipazione a quelle di tipo interprofessionale a livello dipartimentale aziendale.

4) Sviluppo delle risorse umane e del servizio:

- Definizione degli obiettivi strategici, criteri, percorsi priorità per l'inserimento, sviluppo, retention delle risorse umane;
- Definizione dei criteri per la valutazione delle risorse umane;

- Identificazione delle sedi e modalità per l'accreditamento o convenzioni per lo svolgimento del tirocinio degli studenti;
- Promozione, supervisione valutazione di iniziative di ricerca e sviluppo per l'applicazione di best practice.

5) Valutazione e controllo:

- 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, 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 la valutazione delle performance e delle competenze dei professionisti¹⁸.

Gli strumenti di valutazione e verifica¹⁹ del Dirigente delle professioni sanitarie rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a

¹⁸ CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pagg. 167-168.

¹⁹ <https://performance.gov.it/performance/sistemi-misurazione-valutazione/documento/498>

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=10&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=20A00450&art.idArticolo=63&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2020-01-28&art.progressivo=0

disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.

L'esito positivo della verifica costituisce condizione necessaria per la conferma dell'incarico o per il conferimento di altro incarico di pari rilievo.

1.3 Assetto organizzativo del Sistema Sanitario

Le riforme degli anni Novanta, quindi, hanno prodotto fondamentali innovazioni nello scenario della sanità italiana ridisegnando il modello di "governance", suddiviso in tre livelli con differenti funzioni e responsabilità:

- 1) **Livello centrale:** lo Stato, garantisce a tutti i cittadini l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza anche con una comunicazione corretta e adeguata. Evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative, grazie anche alla collaborazione con le Regioni. Definisce i LEA e l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento²⁰. Le funzioni di pianificazione strategica, programmazione generale e di stanziamento delle risorse, si concretizzano nella predisposizione del PSN, utile per il coordinamento delle Regioni e di una serie di soggetti (pubblici e privati). Il PSN, un documento a valenza strategica di durata pluriennale, stabilisce le linee

²⁰

https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_6_1.jsp?lingua=italiano&label=cenniStorici&menu=cenniStorici&id=1324

generali di indirizzo del SSN, nell'osservanza degli obiettivi²¹ alla luce della quantità di risorse finanziarie destinate al sistema sanitario (FSN²² distribuito in relazione all'età, al genere, alla mortalità e densità abitativa alle Regioni, che a loro volta distribuivano i fondi alle USL).

Il PSN deve indicare le aree prioritarie di intervento in campo sanitario, i livelli di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche dei dati epidemiologici e clinici (soglia minima delle prestazioni sanitarie a carico del SSN garantite ai cittadini su tutto il territorio), la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno sulla base della quale suddividere il FSN, esigenze e indirizzi per la formazione del personale, i percorsi diagnostico-terapeutici orientati a favorire nelle strutture sanitarie lo sviluppo di modalità standard di erogazione dei livelli di assistenza, i criteri e gli indicatori idonei a verificare livelli di assistenza erogati e la loro coerenza rispetto a quelli programmati²³.

- 2) **Livello regionale:** la regionalizzazione del SSN, iniziata con le riforme del 1992 e del 1993 e rafforzata con il D.Lgs 56/2000, ha portato quello

²¹ https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-22/che-fine-ha-fatto-piano-sanitario-100549.php?uuid=ACSiGFLB&refresh_ce=1

²² L'importo del FSN viene descritto annualmente nel bilancio dello Stato. Nel PSN sono stabiliti gli indici e gli standard nazionali da assumere per la ripartizione del FSN tra le Regioni, al fine di realizzare in tutto il territorio nazionale un'equilibrata organizzazione dei servizi anche attraverso una destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento. OLIVETTI L. (a cura di), *“Professione TSRM - Norme e conoscenze essenziali”*, Milano, Stringer Verlag Italia, 2013, pag. 11.

²³ https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=572;

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticoloDefault/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1999-07-16&atto.codiceRedazionale=099G0301&atto.tipoProvvedimento=DECRETO%20LEGISLATIVO

regionale ad essere il livello di governo più direttamente responsabile all'assistenza sanitaria pubblica assicurata ai cittadini.

La Regione tutela la salute quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività e assicura che la cura e la riabilitazione dei pazienti avvenga nel pieno rispetto della dignità della persona.

La Regione ha funzione legislativa, di programmazione e coordinamento, oltre ad avere anche un coinvolgimento diretto sulla gestione sul finanziamento dei servizi sanitari (sono responsabili dell'organizzazione delle strutture dei servizi sanitari e direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, a supporto delle esigenze specifiche sul territorio nazionale) sulla base di quanto indicato dallo Stato e un ruolo centrale nei processi di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari ai cittadini, attraverso il Sistema Sanitario Regionale o SSR, il quale salvaguarda i principi di solidarietà, equità e universalità.

Il Piano Sanitario Regionale o PSR²⁴ è il più importante strumento di governo della Regione e viene definito sulla base degli obiettivi delineati

²⁴ Il PSR ha lo scopo di tutelare la salute fisica e psichica dei cittadini alla luce delle necessità emerse dalla valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione, mediante la razionalizzazione delle risorse disponibili, la qualificazione e il contenimento della spesa sanitaria e la corrispondenza fra costo dei servizi e relativi benefici. Il PSR dovrà specificare per ciascuna delle proposte contenute l'analisi costo/beneficio, quella costo/efficacia e gli effetti di spesa indiretti indotti. <https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=66&art.versione=1&art.codiceRedazionale=093R0698&art.dataPubblicazioneGazzetta=1994-01-15&art.idGruppo=6&art.idSottoArticolo=1> Il PSR rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze della popolazione regionale, con riferimento agli obiettivi del PSN. Le regioni, entro centocinquanta giorni dall'entrata in vigore del PSN, adottano o adeguano i PSR, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal SSN. Le Regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del PSR, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticoloDefault/originario?att

nel PSN. Esso contiene le finalità che ciascuna Regione deve raggiungere in materia sanitaria²⁵, affinché possano essere individuati gli aspetti strategici degli interventi da attuare per la tutela della salute, nonché per il migliore funzionamento dei servizi.

Deve essere predisposto tenendo conto degli obiettivi stabiliti nel PSN e, proprio al fine di assicurarne il coordinamento, le Regioni inviano i progetti di piano al Ministro della salute al fine di acquisirne il parere. Tale parere costituisce espressione del potere di indirizzo e coordinamento della pianificazione sanitaria.

La Regione definisce i modelli organizzativi dei servizi sanitari, tenendo conto della specifica tipologia della domanda presente nel territorio per migliorare l'accessibilità e servizi da parte dei cittadini, i criteri per la distribuzione delle risorse tra le singole aziende, le modalità per l'attuazione dei controlli dei servizi di efficacia e di efficienza conseguiti nelle singole aziende e dall'intero sistema regionale, la ripartizione FSR tra le Aziende

[o.dataPubblicazioneGazzetta=1999-07-16&atto.codiceRedazionale=099G0301&atto.tipoProvvedimento=DECRETO%20LEGISLATIVO](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/codiceRedazionale=099G0301&atto.tipoProvvedimento=DECRETO%20LEGISLATIVO&dataPubblicazioneGazzetta=1999-07-16)

²⁵ Il PSR dei servizi sanitari:

- a) Illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio con particolare riguardo alle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) Indica le aree prioritarie di intervento ai fini del raggiungimento di obiettivi di salute;
- c) Individua gli strumenti per orientare il SSR verso un miglioramento della qualità dell'assistenza;
- d) Fornisce indirizzi relativi alla formazione ed alla valorizzazione delle risorse umane;
- e) Indica le risorse disponibili e le attività da sviluppare;
- a) Fornisce criteri per l'organizzazione in rete dei servizi sanitari;
- b) definisce la rete ospedaliera in base ai posti letto pubblici e privati fra le ASL e A.O.;
- c) Individua le priorità e gli obiettivi per la programmazione attuativa locale.

<https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=2&art.codiceRedazionale=006R0514&art.idArticolo=12&art.idSottoArticolo=1&art.dataPubblicazioneGazzetta=2007-01-27&art.progressivo=0>

Sanitarie, nomina e revoca il Direttore Generale (DG)²⁶ delle aziende sanitarie pubbliche, disegna i componenti del collegio sindacale di ASL e A.O., le linee guida sul funzionamento delle Aziende Sanitarie, disciplina la procedura dell'accreditamento delle strutture sanitarie e annualmente delibera il programma e gli obiettivi da assegnare alle Aziende Sanitarie.

- 1) **Livello Locale:** le aziende sanitarie che hanno il compito di erogare prestazioni, tramite un Piano Attuativo Locale o PAL.

Il PAL è il principale documento aziendale per la programmazione a medio termine in cui convergono:

- I bisogni di salute della popolazione residente (analisi della domanda);
- Condizioni operative dell'azienda (dichiarazione degli obiettivi);
- Istanze di innovazioni aziendali (principi ispiratori e visioni perseguite).

Ogni azienda sanitaria (ASL e A.O.) deve adottare PAL cui attuazione e verifica di risultati conseguiti sono oggetto per la valutazione del DG.

L'ASL:

- Tutela la salute della popolazione residente sul suo territorio e garantisce i livelli di assistenza;

²⁶ Le Regioni nominano i DG esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali. La Regione rende noto, con apposito avviso pubblico pubblicato sul sito internet istituzionale della Regione, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale.

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=16G00185&art.idArticolo=2&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2016-09-03&art.progressivo=0

- Deve perseguire l'equilibrio tra remunerazione di prestazioni e costi di gestione;
- Costituita in Azienda dal 1992 con D. Lgs 502/92. Dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale (organizzativa, gestionale, amministrativa, patrimoniale, contabile), autonomia secondaria al rispetto di vincolo economico e hanno un sistema di finanziamento basato sulla quota capitaria pesata (in base all'età, al genere, alla mortalità e alla densità abitativa). Informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al vincolo di bilancio²⁷ attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.
- Provvedono a garantire i LEA, ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ad erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate²⁸.

²⁷ <https://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/testi/99229dl.htm>

²⁸ L'accreditamento istituzionale nel sistema sanitario italiano è la condizione obbligatoria mediante la quale un'azienda pubblica o privata può erogare prestazioni sanitarie per conto del sistema sanitario stesso. L'accreditamento ha due caratteristiche: 1) È istituzionale in quanto rappresenta la modalità con la quale i soggetti erogatori possono operare nel contesto del SSN; 2) È obbligatorio, in quanto è orientato dallo stato ed è finito a è applicato dalle regioni (che possono anche prevedere dei criteri aggiuntivi).

Le Regioni sono tenute a rilasciare l'accreditamento e a rinnovarlo periodicamente.

Il senso dell'introduzione del nostro paese del sistema dell'accreditamento è stato quello di stimolare le aziende sanitarie al perseguimento della qualità e investire le risorse in questa direzione. L'accreditamento ha stimolato una competizione fra aziende sanitarie (sia fra quelle pubbliche, sia fra queste e quelle private), finalizzata all'erogazione del miglior servizio al minor costo affinché una struttura sanitaria possa:

- Realizzare il possesso di requisiti minimi di carattere strutturale tecnologico, organizzativo e di attività fissati nei criteri generali a livello statale e regolati poi nel dettaglio a livello regionale. Essi costituiscono la soglia sotto la quale le prestazioni essenziali non offrirebbero sufficienti garanzie di sicurezza;
- Realizzare un sistema di finanziamento tariffa per la remunerazione delle prestazioni erogate nell'ambito del SSN;
- Realizzare il possesso di un sistema interno di controllo della qualità;
- Accettare un regime di controlli di qualità esterni.

- Può produrre ma anche acquistare prestazioni: per questo instaura accordi di fornitura con Aziende Ospedaliere, IRCCS²⁹ e Strutture Private Accreditate. In tal caso viene detta “committente”.

La Regione diviene quindi protagonista dell'attività direzionale all'erogazione dei servizi sanitari, mentre ASL ed A.O. assumono un ruolo subordinato.

CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 114.

²⁹ L’A.O. persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività. Le finalità dell’A.O. sono quelle di curare la persona mediante prestazioni sanitarie, scientificamente appropriate, attenendosi a principi di efficacia, qualità, efficienza ed economicità, nel campo della diagnosi, del trattamento e della riabilitazione. L’organizzazione e il funzionamento dell’A.O. devono attenersi ai seguenti principi:

- Assunzione della responsabilità di cura da parte dei singoli professionisti verso la persona;
- Qualità delle prestazioni e del servizio erogato;
- Attenzione allo sviluppo e al monitoraggio dei processi gestionali, al continuo miglioramento delle performance secondo parametri di efficacia, appropriatezza, qualità ed efficienza;
- Capacità di valorizzare, coinvolgere, gratificare e responsabilizzare tutto il capitale umano sugli obiettivi aziendali, facilitando il lavoro di gruppo, il senso di appartenenza, anche con la formazione;
- Flessibilità organizzativa, definita in base ai bisogni sanitari e assistenziali della persona;
- Apertura nei confronti dell’ambiente esterno e della società civile.

L’organizzazione e le attività aziendali devono garantire: erogazione delle prestazioni essenziali e appropriate previste dagli atti di programmazione; sviluppo del sistema qualità dell’A.O.; massima accessibilità e libertà di scelta per la persona; equità delle prestazioni; ottimizzazione delle risorse.

L’A.O. realizza in sé un sistema organizzativo orientato all’attenzione verso la persona, con sistemi improntati all’integrazione delle competenze, facilitazione del lavoro di gruppo, sviluppo di reti di collaborazione interna ed esterna degli operatori a tutti i livelli; qualità delle prestazioni erogate; innovazione scientifica in tutti i campi di propria competenza; valutazione dei risultati ovvero feedback delle attività; crescita professionale di tutti i collaboratori; trasparenza dell’azione. OLIVETTI L. (a cura di), “*Professione TSRM - Norme e conoscenze essenziali*”, Milano, Stringer Verlag Italia, 2013, pagg 29-30.

Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – IRCCS sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza. Gli IRCCS hanno natura giuridica diversa, pubblica o privata e sono sottoposti al controllo regionale e alla vigilanza del Ministero della salute.

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ss

Durante gli anni Novanta in Italia, si propone di passare da una visione organizzativa centrata sul comparto ospedaliero a un riequilibrio centrato sul territorio, sull'assistenza primaria, sulla continuità fra medicina generale e medicina specialistica.

1.4 Sistema di finanziamento in Italia

La “*Riforma sanitaria*” ha istituito il FSN destinato al finanziamento (caratterizzato da fiscalità generale) del SSN³⁰. Le somme, attinte da questo fondo, sono ripartite tra tutte le Regioni, tenuto conto delle indicazioni contenute nei PSN e PSR e sulla base di indici e di standards che devono garantire i livelli di prestazioni sanitarie

³⁰ La legge 833/78 trova immediati ostacoli alla sua concreta applicazione: alla domanda crescente di tutela della salute si risponde all'insegna del tutto, gratuito e subito” e la spesa corrente per il funzionamento del SSN subisce un incremento vertiginoso. OLIVETTI L. (a cura di), “*Professione TSRM - Norme e conoscenze essenziali*”, Milano, Stringer Verlag Italia, 2013, pag. 12.

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo delle risorse del SSN al cui finanziamento concorre lo Stato. Tale fabbisogno è finanziato dalle seguenti fonti:

- Entrate proprie delle aziende del SSN (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti), in un importo definito e cristallizzato in seguito ad un'intesa fra lo Stato e le Regioni;
- Fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) e addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF);
- Compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;
- Bilancio dello Stato: esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento essenzialmente attraverso la compartecipazione all'imposta del valore aggiunto (IVA).

Puddu L., Büchi G., Paolo Biancone P., Rainero C., Secinaro S., Tradori V., Migliavacca A., Indelicato A., Brescia V., Bignamini E., Cappa C., Ruffino E.D., Zollesi G., “*Management dei servizi sanitari territoriali: Efficienza e Valorizzazione Sociale*”, Cuneo, Publiedit s.a.s, 2017, pag. 21.

stabiliti, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni.

Lo Stato, dunque, stanziava una somma di denaro complessiva, attraverso la Legge di Bilancio dell'anno, determinata in base ai LEA. Questi rappresentano servizi uniformemente garantiti, su tutto il territorio nazionale, a ciascun cittadino in maniera gratuita o con il pagamento di un ticket.

Il riparto del fondo alle Regioni avviene attraverso il meccanismo della “quota capitaria pesata³¹”, cioè un insieme articolato di criteri che vengono applicati alla popolazione delle Regioni e che danno poi luogo al finanziamento che viene assegnato dallo stato a ciascuna di esse per l'erogazione dei LEA.

Ogni Regione spinge per adottare indici di riparto diversi e maggiormente vantaggiosi in relazione alle proprie caratteristiche. Ciascuna Regione, infatti, presenta caratteristiche diverse dal punto di vista della popolazione, sia per quanto riguarda le abitudini sociali e le condizioni igieniche, sia per l'incidenza di diverse patologie, nonché variabili economico-sociali e tecnologiche che incidono diversamente sulle realtà territoriali. Gli unici indicatori comuni per la spartizione delle risorse finanziarie sono la struttura anagrafica e la popolazione residente.

Le Regioni, attraverso il banco di confronto della Conferenza Stato-Regioni, fanno fronte comune verso il governo, sempre restio a concedere ingenti

³¹ Si chiama metodo della quota capitaria “pesata” perché in esso ogni cittadino ha un peso che differisce da uno e che dipende da criteri che vengono utilizzati per il riparto. La numerosità della popolazione residente è il principio guida del riparto (cioè: a maggiore popolazione corrispondono maggiori risorse) ma tale valore viene modulato pesato di volta in volta in funzione degli accordi che intercorrono tra le Regioni stesse il risultato è una popolazione regione “pesata”. Puddu L., Büchi G., Paolo Biancone P., Rainero C., Secinaro S., Tradori V., Migliavacca A., Indelicato A., Brescia V., Bignamini E., Cappa C., Ruffino E.D., Zollesi G., “*Management dei servizi sanitari territoriali: Efficienza e Valorizzazione Sociale*”, Cuneo, Publiedit s.a.s, 2017, pag. 23.

somme. Attualmente, lo stanziamento statale avviene basandosi essenzialmente sulla spesa dell'anno precedente e incrementando solo di qualche punto percentuale le risorse.

Le Regioni, a loro volta, provvedono a ripartire la quota loro assegnata da parte del governo centrale³², per il finanziamento delle spese correnti tra le ASL e A.O.. Le aziende vengono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai Diagnosis Related Group o DRG oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche diagnostiche)³³.

L'introduzione di meccanismi di scambio basati sulle tariffe risulta un presupposto fondamentale, poiché i prezzi applicati alle prestazioni provocano, nel comportamento dei produttori, un incentivo alla ricerca di miglioramenti nel grado di efficienza produttiva e allocativa all'interno del sistema come effetto della simulazione di scenari competitivi. Vi sono però dubbi sulle reali capacità di miglioramento della qualità dei servizi offerti per via dell'informazione asimmetrica tra utenti e medici (l'individuo che esprime un bisogno di salute, non è in grado di prendere decisioni autonome in relazione all'acquisto di beni e servizi in quanto non è in possesso di informazioni sufficienti per comprendere il legame tra la propria

³² Tenendo conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o Regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda). Puddu L., Büchi G., Paolo Biancone P., Rainero C., Secinaro S., Tradori V., Migliavacca A., Indelicato A., Brescia V., Bignamini E., Cappa C., Ruffino E.D., Zolles G., "Management dei servizi sanitari territoriali: Efficienza e Valorizzazione Sociale", Cuneo, Publiedit s.a.s, 2017, pag. 22.

³³

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=d

condizione e servizi sanitari necessari per migliorarla e quindi ricorre al medico, in grado di interpretare il bisogno di salute espresso e di tradurlo in una domanda di prestazioni sanitarie).

Alcune Regioni hanno modificato i valori tariffari, adattandoli alle condizioni operative interne, mentre altre si sono limitati ad applicare decurtazioni rispetto al tariffario nazionale, senza tuttavia alcuna analisi specifica sulle condizioni di efficienza operativa delle strutture proprie. Esistono tariffari regionali che prevedono tariffe uniche per tutti gli erogatori ed altri con tariffe differenti per singolo DRG, sulla base della tipologia della struttura di ricovero³⁴.

Le tariffe vengono calcolate dalle Regioni, in coerenza col principio di decentramento (alle Regioni spetta il compito di definire i propri tariffari, in aderenza ai criteri stabiliti a livello centrale)³⁵ sulla base di costi standard di

³⁴ MARINO' L., *“La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali. Concetti, modelli, decisioni”*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2008, pagg. 114 – 116.

³⁵ Ciò è motivato dalla necessità di controllo e contenimento della spesa sanitaria a livello regionale. La responsabilizzazione economica e finanziaria delle Regioni, unitamente al sistema di finanziamento misto che è stato previsto dal legislatore (un sistema cioè basato sul trasferimento di risorse con quota capitaria dallo Stato alle Regioni e da queste alle ASL, finalizzato a finanziare i livelli di assistenza, e sul finanziamento a prestazione per la remunerazione dei soggetti erogatori), ha reso necessaria la previsione di appositi tariffari regionali. Questa delega è spiegata dalla necessità di rendere coerente il flusso di risorse immesso nel sistema regionale, attraverso i trasferimenti dal FSN, tramite il pagamento di prestazioni a tariffa specifica. In altri termini, l'utilizzo di un unico tariffario nazionale imporrebbe alle Regioni il rispetto di uno standard di efficienza che potrebbe non essere espressivo delle condizioni operative delle aziende, ovvero dell'efficienza media delle aziende operanti sul territorio regionale.

Il costo standard è determinato tenendo conto dei seguenti compiti: costo del personale direttamente impiegato nell'erogazione delle prestazioni, costo dei materiali consumati, costo di utilizzazione delle attrezzature, quota di costi generali dell'unità produttiva di prestazione (cioè costi relativi a fattori produttivi non attribuibili in via esclusiva all'erogazione di una specifica prestazione) e quota di costi generali di funzionamento della struttura (uniforme per tutte le prestazioni e determinati in base al rapporto tra costi generali di struttura e costi di produzione precedentemente elencati, sostenuti dalle varie unità di erogazione). MARINO' L., *“La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali. Concetti, modelli, decisioni”*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2008, pagg. 112-113.

produzione rilevati su un campione di soggetti pubblici e privati, preventivamente selezionati secondo criteri di efficacia ed efficienza.

Lo standard di efficienza desiderabile associato alle singole prestazioni riguarda l'impiego di tutti i fattori produttivi intervenuti nel processo di produzione ed è espressione del costo pieno di produzione. Le Regioni avrebbero dovuto calcolare i costi medi di produzione delle prestazioni in regime di ricovero in modo da fissare le tariffe al livello dell'efficienza media operativa delle strutture.

Le ASL, poi, decideranno come impiegare le risorse e, di conseguenza, come erogare i servizi, direttamente o esternalizzandoli, mediante professionisti convenzionati o strutture accreditate. L'erogazione diretta rappresenta la maggior parte della spesa, coinvolgendo sia le prestazioni ricevute nei presidi ospedalieri sia i dipartimenti di igiene e salute pubblica che, in questo tempo di pandemia, rappresentano uno snodo cruciale nella gestione della crisi. I professionisti convenzionati, invece, coinvolgono non solo i settori di assistenza di medicina generale o di base ma anche l'erogazione di farmaci di cui il SSN si fa carico.

Le strutture private accreditate, invece, al fine di poter beneficiare delle risorse pubbliche, devono garantire alcuni requisiti minimi quale condizione indispensabile per l'autorizzazione ad operare. Per rendere possibile la procedura di accreditamento, dovrà poi seguire la verifica del raggiungimento di necessari standard di qualità superiori. Ciò porterà alla definitiva stipulazione di un accordo contrattuale, fra ASL competenti e cliniche private, che verranno remunerate sulla base del tariffario regionale per le prestazioni erogate.

1.4.1. Diagnosis Related Group (DRG)

I DRG sono un modello clinico di tipo categorico che permette la individuazione di categorie o tipologie di pazienti simili per intensità di consumo di risorse e clinicamente più significative durante la degenza³⁶, uno strumento di classificazione del prodotto finale dell'ospedale.

La rilevazione dei DRG si effettua sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Ad ogni ricovero può essere assegnato, sulla base delle informazioni contenute nelle SDO, ad uno e ad un solo DRG, ivi inclusi pazienti con diagnosi multiple. I DRGs classificano le prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario o diurno (day hospital e day surgery), nonché le prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in regime di ricovero. Sono invece misurate attraverso altri indicatori le prestazioni ambulatoriali (singole prestazioni), quelle di assistenza residenziale (singole giornate di assistenza), quelle dell'assistenza semiresidenziale (singole giornate di assistenza), le prestazioni di elisoccorso e di trasporto assistito (singole prestazioni) e quelle di assistenza termale (i simboli cicli di cure)³⁷.

Ogni paziente che viene trattato in ospedale è unico, ma ha caratteristiche demografiche e cliniche in comune con altri pazienti, le quali determinano il pacchetto di servizi che riceve. Il sistema DRG è una strategia di classificazione dei pazienti in classi omogenee sulla base di caratteristiche (diagnosi principale, diagnosi secondarie, interventi e procedure, età sesso stato alla dimissione) il cui insieme è correlato all'uso di risorse ospedaliere: gruppi sono isorisorse (ovvero

³⁶ www.salute.gov.it

³⁷ MARINO' L., "La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali. Concetti, modelli, decisioni", Torino, G. Giappichelli Editore, 2008, pag. 111.

raggruppamenti omogenei per assorbimento di risorse impegnate). Ai singoli DRG sono attribuiti i pesi relativi sulla base dei quali sono fissate le tariffe delle prestazioni.

I vantaggi del sistema DRG, che è abbinato la contabilità analitica per centri di costo e permette di determinare la casistica trattata dell'unità e il suo peso, sono essenzialmente quelli di facilitare la programmazione dei servizi e della quantità di personale necessaria all'erogazione degli stessi, favorire la valutazione di efficacia ed efficienza, responsabilizzare i professionisti sull'uso delle risorse in rapporto alla qualità dei servizi.

Del sistema di DRG sono presenti anche dei limiti: molti gruppi di diagnosi sono scarsamente omogenei, il complesso dei DRG non ha carattere esaustivo e il sistema tiene conto molto poco della gravità dei pazienti in quanto i gruppi sono isorisorse ma non isoseverità³⁸.

Per i day hospital caratterizzati da un ciclo di accessi giornalieri, il rimborso previsto è calcolato moltiplicando la tariffa giornaliera per classe di DRG per il numero di accessi documentato nella scheda di dimissione. Le prestazioni di riabilitazione ospedaliera di lungo degenza sono remunerati in base a tariffe giornaliere. La tariffa associata al singolo episodio di ricovero sarà pari al prodotto tra la tariffa giornaliera prevista e il numero di giornate di degenza.

³⁸ CALAMANDREI C., *“Manuale di management per le professioni sanitarie”*, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pagg. 29-30.

Per evitare comportamenti opportunistici, il disposto normativo ha previsto una durata massima della degenza di sessanta giorni, oltre la quale il rimborso giornaliero corrisposto è abbattuto del quaranta per cento.

Essendo strettamente legate a diagnosi di dimissione del singolo paziente, le tariffe dei DRG non comprendano le funzioni di attribuzione regionale le attività svolte in ambito ospedaliero, che non producono assistenza diretta al paziente.

Vengono escluse dal sistema del rimborso a prestazione:

- L'organizzazione del 118;
- L'organizzazione per il trapianto e il prelievo d'organi;
- La didattica, la ricerca, la formazione e l'aggiornamento del personale;
- L'assistenza e la terapia dei grandi ustionati.

CAPITOLO 2 - LE AZIENDE SANITARIE

2.1 Le aziende in generale e introduzione al concetto di azienda sanitaria

Nel precedente capitolo è stato già spiegato il concetto di “aziendalizzazione” attuato negli anni Novanta, ma non è stato ancora descritto il concetto di “azienda”, di “azienda sanitaria” e come queste siano composte ed organizzate.

L’azienda, in economia aziendale, è definibile un’organizzazione economica costituita da elementi (persone, beni e azioni) opportunamente combinati per soddisfare i bisogni umani attraverso la produzione (o il consumo) di beni e servizi.

Tutte le aziende perseguono condizioni di *equilibrio durevole*³⁹. L’azienda deve garantire la sua sopravvivenza e il suo sviluppo nel tempo, che dipendono dall’*equilibrio economico durevole*⁴⁰.

³⁹ MONTANARI L., E D’ANDREA A., “*La riforma del terzo settore. L’impatto sugli strumenti di accountability*”, Lavis, G. Giappichelli Editore, 2020, pag 29.

⁴⁰ L’equilibrio aziendale va considerato nei diversi aspetti: economico, patrimoniale, finanziario e monetario. Per quanto riguarda l’aspetto economico e patrimoniale, riguardano l’insieme delle risorse finanziarie e non, a disposizione per lo svolgimento dell’attività aziendale; l’aspetto finanziario riguarda la capacità di bilanciare in modo opportuno le fonti di finanziamento e gli impieghi finanziari. La gestione delle risorse finanziarie è momento cruciale ed essenziale per lo svolgimento della gestione aziendale secondo criteri di economicità in modo che l’azienda stessa sia in grado, in ogni momento, di coprire con le risorse il fabbisogno di investimenti per raggiungere gli obiettivi. L’equilibrio dell’aspetto monetario si realizza quando l’azienda è in grado di fronteggiare in modo adeguato i propri impegni finanziari con le risorse acquisite. L’equilibrio monetario attiene alla capacità di far fronte, in qualsiasi momento, ai pagamenti con le risorse monetarie di cui può disporre. MONTANARI L., E D’ANDREA A., “*La riforma del terzo settore. L’impatto sugli strumenti di accountability*”, Lavis, G. Giappichelli Editore, 2020, pagg. 37- 43.

L'equilibrio economico è il “vincolo” il cui rispetto è essenziale per *l'autonomia* e la *sopravvivenza* dell'azienda nel tempo. È necessario che le scelte gestionali relative all'organizzazione interna e quelle riguardanti i rapporti con l'esterno siano informate al rispetto del *principio di economicità*⁴¹ e, quindi, al razionale utilizzo delle risorse disponibili.

Il rispetto del *vincolo di economicità* è presupposto per la *durabilità* dell'azienda nel tempo. L'unità aziendale deve possedere la capacità di *esistenza* ed *autonomia* (quest'ultimo collegato al carattere durevole dell'azienda e requisito irrinunciabile per l'esistenza della vita aziendale).

La moderna concezione sistemica dell'azienda conduce alla definizione di *sistema di forze economiche*, organizzate per lo svolgimento di un processo di produzione, ovvero di consumo, da cui trarre utilità per il soggetto economico aziendale e per gli altri individui che con essa, a vario titolo, entrano in contatto.

L'azienda viene a configurarsi come un sistema *aperto*, in quanto è in stretto collegamento con l'ambiente esterno; *dinamico*, capace di adattarsi e influenzare l'ambiente; *instabile*, in quanto le sue condizioni di equilibrio non trovano origine esclusiva all'interno di esso derivando, viceversa, da comportamenti decisionali.

⁴¹ Il termine economicità può essere inteso anche come il grado di capacità di una azienda di produrre salute al minor costo con la maggior soddisfazione del cliente. il concetto di economicità degli interventi si fonda sulla presenza di due criteri contemporanei: il “valore aggiunto” e “l'utilità”. Con il primo termine si deve intendere che durante l'utilizzo delle risorse per la produzione dell'intervento è stato aggiunto “valore”. Con il secondo termine si deve intendere che un prodotto di una azienda è “utile” quando è in grado di soddisfare una domanda.
<https://www.researchgate.net/publication/237502914> PRINCIPI SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA PUBBLICA

Il Codice civile, art. 2555, definisce l'azienda come “*il complesso di beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio di impresa*”⁴².

Le aziende sono **classificate** in base a diversi criteri come:

1. Natura del soggetto giuridico:

- a. *Aziende private*: istituite da una persona fisica o giuridica privata;
- b. *Aziende pubbliche*: sono istituite da persone giuridiche pubbliche (Stato, Regioni, Province, Comuni,...). Si occupano in primo luogo di soddisfare i bisogni pubblici, inoltre creano, accrescono e distribuiscono valore non solo in relazione alla collettività, ma coinvolgono anche altre persone od organizzazioni.

2. Fine principale:

- a. *Azienda di produzione o azienda profit oriented*: producono beni e servizi per il mercato ed hanno come obiettivo il conseguimento di un'utile;
- b. *Aziende di erogazione o aziende di consumo*: lo scopo primario e immediato è il soddisfacimento dei bisogni umani, perseguono loro scopo tramite valori non economici (come assistenza reciproca) ed economici (consumi, investimenti e risparmio)⁴³.

Ogni azienda ha bisogno, per funzionare e conseguire i propri fini, di utilizzare il lavoro di persone e di definire un assetto organizzativo che consenta la divisione

⁴²

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=2555&art.versione=1&art.codiceRedazionale=042U0262&art.dataPubblicazioneGazzetta=1942-04-04&art.idGruppo=340&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=2

⁴³ IODICE C., NONINO O., “*Compendio di organizzazione aziendale*”, Dogana, Maggioli Editore, 2012, pagg. 10-18.

dei compiti, l'attribuzione dei ruoli operativi, e un coordinamento dei distinti interventi.

L'azienda è un sistema di relazioni programmate ed instaurate fra i fattori di vario tipo che compongono la sua struttura. Il sistema di relazioni rappresenta l'ossatura dell'azienda e viene ideato, costruito e realizzato con grande impegno da un insieme di persone che nella diversità delle competenze, dei ruoli e delle funzioni, progettano le loro azioni dando vita ad un insieme di decisioni e di operazioni che rappresentano il fondamento della gestione. L'azienda, nella sua complessità, dipende in larga prevalenza dal sistema umano: soggetti che con le loro capacità, esperienze e competenze operano le scelte, prendono decisioni e le traducono in operazioni necessarie per la guida dell'unità produttiva e dei suoi andamenti⁴⁴.

Attraverso la struttura organizzativa di base e i sistemi operativi di distribuzione delle responsabilità, elementi dell'assetto organizzativo, è possibile regolare il funzionamento dell'azienda alle diverse direttoriali responsabilità⁴⁵.

Il primo passo che deve svolgere un'azienda è quello **elaborare gli obiettivi strategici** e successivamente la loro realizzazione. Il **sistema di pianificazione e controllo** assicura la congiunzione tra questi due nuclei tramite un processo direzionale. Gli obiettivi sono da inserire nel sistema di controllo, da sottoporre a monitoraggio mediante l'**analisi progressiva** dei risultati dell'azienda e delle performance. Esiste un collegamento molto profondo tra il nucleo orientato alla scelta e definizione degli obiettivi che devono riflettere le linee strategiche e quello

⁴⁴ FERRARIS FRANCESCHI R. (a cura di), “*Sistema di pianificazione e controllo*”, Torino, G. Giappichelli Editore, 2010, pag. 4.

⁴⁵ BERGAMASCHI M., “*L'organizzazione nelle aziende sanitarie*”, Milano, G. Giappichelli Editore, 2000.

connesso a meccanismi direzionali e/o operativi che assicurano la realizzazione di questi. La congiunzione tra essi prende corpo nella definizione degli obiettivi mediante i quali le linee strategiche si concretizzano, vengono elaborate, convertite da semplici intuizioni in realtà aziendali aventi una valenza strategica. Gli obiettivi strategici nella loro molteplicità possono essere per tutti ricondotti alla pianificazione strategica cioè ha l'essenza dell'intero processo di pianificazione⁴⁶. La **pianificazione strategica** è un'attività di supporto dell'alta direzione in quanto assolve il compito di valutare la fattibilità delle idee, convertirle in linee precise, cioè definire gli obiettivi che le esprimono e individuare le vie alternative per la loro realizzazione. Un secondo momento del processo globale è la **pianificazione operativa** che rappresenta una vera e propria attività amministrativa in quanto è indirizzata a tradurre gli obiettivi strategici in scelte, decisioni, operazioni realizzabile attraverso la gestione corrente. Questa attività è deputata l'elaborazione di piani di azione.

Il **controllo di gestione** consiste nell'analizzare la direzione di marcia seguita, nella comparazione dei risultati ottenuti con ciò che si era inizialmente programmato, quindi nella verifica progressiva della loro validità alla luce dei cambiamenti eventualmente intervenuti nel contesto aziendale ed ambientale o di mercato circostante. L'azione di controllo deve svolgersi in tempo reale parallelamente al compimento dei processi (quindi non soltanto alla fine). Si necessita quindi di un solido ed accurato sistema di misurazioni della gestione e quindi di strumenti e metodologie coerenti con l'attività svolta che entrano nel sistema come parte integrante.

⁴⁶ FERRARIS FRANCESCHI R. (a cura di), “*Sistema di pianificazione e controllo*”, Torino, G. Giappichelli Editore, 2010, pag. 6.

Le aziende sono organizzazioni economiche che svolgono processi di produzione e di consumo.

Un'**organizzazione** è l'insieme di persone che hanno uno scopo comune e, per raggiungerlo, devono svolgere una serie di attività⁴⁷ ordinate e ristrutturate, interagendo con l'esterno.

Ogni azienda ha bisogno, per poter funzionare e raggiungere i propri fini, di utilizzare il lavoro delle persone e di definire un **assetto organizzativo** che consenta la divisione dei compiti, l'attribuzione dei ruoli operativi e un coordinamento dei distinti interventi.

Attraverso la struttura di base, i sistemi operativi e di distribuzione delle responsabilità, elementi dell'assetto organizzativo, è possibile regolare il funzionamento dell'azienda ai diversi livelli di responsabilità:

1. Struttura organizzativa di base: è la configurazione unitaria e coordinata degli organi aziendali e dell'insieme di compiti e responsabilità loro assegnati. Rappresenta il risultato della scomposizione degli obiettivi generali in particolari, che a loro volta trovano traduzione in compito e mansioni ricondotte al singolo operatore e/o gruppi di operatori. È possibile distinguere tra:
 - a) Macrostruttura: definisce le unità organizzative, le funzioni e le responsabilità, attribuite alle unità organizzative;
 - b) Microstruttura: analizza le mansioni e i compiti.

⁴⁷ Le attività possono essere scomposte in base al valore o alle funzioni organizzative. Le attività di valore sono quelle che vengono svolte da un'impresa per progettare, produrre e vendere consegnare supportare i suoi prodotti o servizi. SINBALDI A., "La gestione dei processi in azienda. Introduzione al Business Process Management", Milano, Franco Angeli, 2009, pag. 18.

2. Meccanismi operativi: sono l'insieme dei processi⁴⁸ che fanno funzionare “operativamente” l'organizzazione e ne rappresentano l'elemento dinamico. Lo scopo dei meccanismi operativi è quello di chiarire meglio ai membri dell'organizzazione ciò che è loro richiesto, qual è la funzione del loro lavoro ai fini del raggiungimento degli scopi che l'organizzazione si prefigge. Si possono raggruppare in due classi:

a) I sistemi di gestione degli obiettivi e delle informazioni:

- Il sistema di pianificazione strategica;
- Il sistema di programmazione e controllo;
- Il sistema informativo.

b) I sistemi di gestione del personale:

- I sistemi di ricerca, di selezione, accoglimento e inserimento del personale;
- I sistemi di dimensionamento degli organici parziali e generali;
- I sistemi di addestramento e di formazione;
- Il sistema carriera e il connesso sistema di valutazione del potenziale;
- Il sistema retributivo e i connessi sistemi di valutazione delle mansioni e di valutazione delle prestazioni⁴⁹.

⁴⁸ I processi sono insiemi di attività legate da una serie di relazioni non necessariamente di tipo sequenziale. Sottolineare la natura relazionale delle avarie attività sottintende che la struttura per processi abbia caratteristiche di progettazione continua. Le attività svolte e riunite in un processo vengono assolte da soggetti dotati di professionalità differenti tra loro. CERBIONI F., “*Il controllo di gestione nella prospettiva dei processi aziendali*”, Milano, McGraw Hill, 2006, pagg. 94-95.

⁴⁹ BERGAMASCHI M., “*L'organizzazione nelle aziende sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Companies, 2000, pagg. 2-6.

Le **aziende sanitarie** sono degli attori socioeconomici legati alla socialità cui appartengono da una molteplicità di relazioni; queste ultime fondano le loro radici nell'assetto sociale ed economico e costituiscono parte del patrimonio della comunità i cui l'azienda si colloca.

L'elemento centrale intorno a cui ruota l'intera attività svolta da questa azienda è la relazione⁵⁰ umana che si sviluppa tra il paziente e le persone che erogano il servizio (operatore sanitario); è quindi la centralità dell'uomo l'elemento che meglio consente di cogliere il carattere distintivo di queste aziende. Solo quando il paziente si fida delle conoscenze e competenze dell'operatore sanitario che la relazione può svilupparsi.

2.2 Sistemi di gestione degli obiettivi e delle informazioni

2.2.1 La pianificazione

Pianificare significa esplicitare in anticipo quello che un sistema organizzativo deve fare in un certo tempo affinché tutte le azioni svolte, nel periodo prefissato, siano dirette a determinanti obiettivi, verso risultati che si intende ottenere. In un ambito come quello sanitario, nel quale si erogano servizi spesso difficili da misurare, è particolarmente importante che i risultati attesi vengono messi a fuoco con procedure di pianificazione.

⁵⁰ La relazione in oggetto è costituita dal bisogno, che ha per oggetto la salute, e i servizi sanitari veri e propri. BRUZZI A., "La gestione dell'azienda sanitaria. Innovazione e scelte strategiche per un nuovo scenario competitivo.", Milano, Giuffrè Editore, 2006, pag.11.

La pianificazione induce a guardare al di là dei bisogni immediati, riducendo lo stress provocato dalle possibili situazioni di crisi e aiuta ad affrontarlo in maniera relativamente calma ed efficiente.

La pianificazione costringe a pensare in maniera analitica, basata su dati, e a filtrare attentamente le alternative disponibili.

La pianificazione strategica è il processo attraverso il quale si definiscono le finalità dell'organizzazione, le principali linee strategiche. Il processo di pianificazione strategica inizia con un'accurata analisi di punti di forza e di debolezza dell'ambiente interno e delle opportunità e dei rischi provenienti dall'esterno, in modo che possano essere definiti degli obiettivi realistici. Il piano strategico determina la direzione e gli obiettivi dell'organizzazione, le risorse utilizzate per realizzarli e la loro allocazione, l'assegnazione di responsabilità e i tempi entro i quali risultati indicati devono essere realizzati. Le decisioni della pianificazione strategica riguardano lo schema fisico, finanziario ed organizzativo entro il quale si svolgono le attività delle diverse aree funzionali. La pianificazione strategica consiste nel continuo processo di prendere decisioni attuali, con la migliore conoscenza possibile del loro effetto futuro organizzando sistematicamente gli sforzi necessari per realizzare queste decisioni e misurando i risultati delle decisioni stesse rispetto alle aspettative, in modo organico e sistemico.

Il piano operativo rappresenta il mezzo tramite il quale viene posto in opera il piano strategico dell'organizzazione. Il processo di pianificazione operativa inizia con la definizione dei risultati che dovranno essere conseguiti a breve termine, necessari per la realizzazione degli scopi e delle strategie dell'organizzazione⁵¹.

⁵¹ CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pagg. 213-214.

2.2.2 La programmazione e il controllo di gestione

La nascita dell'esigenza di progettare, sviluppare sistemi e strumenti, con particolare riferimento a quelli di controllo, di misurazione delle performance a supporto della gestione e del governo dei servizi sanitari e normalmente ricondotta al D.Lgs. n. 502/1992.

La misurazione delle performance nei servizi sanitari rappresenta una condizione essenziale del nuovo modello di governo del servizio sanitario che ha spostato l'ottica sui risultati.

L'identificazione di specifici parametri di valutazione dell'efficacia delle prestazioni sanitarie rende possibile la realizzazione di forme di controllo e di governo basate sui risultati. La valutazione delle performance riguarda parametri economici o di efficienza ma anche di quelli clinico assistenziali, con conseguente progettazione e realizzazione di sistemi e di strumenti orientati alla gestione per processi.

La **gestione per processi** è un nuovo **sistema di misurazione** dei risultati ma anche un vero e proprio diverso modo di lavorare all'interno di un sistema organizzato.

Le articolazioni organizzative dell'azienda orientate al paziente, devono svilupparsi per assicurare una visione multidimensionale del risultato, ovvero quello economico ma anche quello qualitativo.

La progettazione e la realizzazione di sistemi di rilevazione idonei per misurare la gestione non è condizione sufficiente per assicurare un adeguato supporto ai processi decisionali: vi è necessità di elaborare i dati prodotti dai sistemi di rilevazione, per trasformarli in informazioni e organizzarli per fornire una sintesi

per il decisore. Elaborare e organizzare i dati elementari comporta l'individuazione del fabbisogno conoscitivo dei destinatari dell'informazione e la selezione delle misure più adeguate al fine di rappresentare fenomeni complessi mediante l'utilizzo di un numero contenuto di indicatori di performance.

I **processi** sono vitali per un'organizzazione perché sono il modo in cui essa realizza i suoi obiettivi e implementa le sue strategie⁵².

Gestire i processi significa porsi delle domande a cui dare risposte, possibilmente misurabili.

Un processo è un insieme di attività correlate che hanno complessivamente un obiettivo comune come, ad esempio, la produzione di un bene o di un servizio o la creazione di valore per il cliente.

Nell'esecuzione di un processo è presente l'importante fase del monitoraggio, in cui si raccolgono indicatori per il buon funzionamento del processo stesso e, qualora questi non diano tutti un risultato positivo, si cercherà di correggere gli eventuali problemi.

Una volta che il processo è in produzione, vengono costantemente raccolti i dati per controllarne il buon andamento (monitoraggio⁵³). Si potrebbe presentare l'esigenza

⁵² SINIBALDI A., "La gestione dei processi in azienda. Introduzione al Business Process Management", Milano, Franco Angeli, 2009, pag. 17.

⁵³ Il monitoraggio di un processo si compone di:

- *Analisi del processo e individuazione delle grandezze significative* per capirne l'andamento e le performance in relazione agli obiettivi di business. Tali misure prendono il nome di *Key Performance Indicator (KPI)*;
- *Identificazione delle misure* atte a rappresentare queste grandezze (caratteristiche: valide, affidabili, responsive, funzionali, credibili, comprensibili e disponibili);
- *Identificazione del metodo di misura delle grandezze*;
- *Identificazione dell'intervento di valori ammessi* per ogni grandezza individuata (al primo punto);
- *Individuazione dell'intervallo di raccolta dei dati*;
- *Raccolta dei dati* durante l'esecuzione;

di un cambiamento (miglioramento continuo), ridisegnando i processi tramite metodologie come, ad esempio, la **Balanced Scorecard** (o BSC).

Agli inizi degli anni Novanta, Kaplan e Norton, crearono un nuovo sistema di management, utile per formulare, comunicare ed implementare le strategie, per ottenere feedback strategico e per adattare la formulazione degli obiettivi alle strategie precedentemente definite.

La BSC nasce dal presupposto che, un sistema di management fondato in modo esclusivo o preminente su un sistema di misure di tipo economico-finanziario, possa portare a compiere degli errori, in quanto tali misure forniscono informazioni sui risultati conseguenti ad azioni precedenti. La BSC ha, quindi, il merito di costituire un sistema più bilanciato, collegando la performance⁵⁴ operativa a breve termine con gli obiettivi strategici a lungo termine.

Quindi, la logica che ispira il funzionamento della BSC, nasce dalla consapevolezza che i risultati di un'azienda non possono essere adeguatamente rappresentati da un'unica o una prevalente tipologia di indicatori. Accanto ai tradizionali indicatori di carattere economico-finanziario, è necessario prevederne altri in grado di

- *Invio notifiche* qualora i dati raccolti escano dall'intervallo di valori ammessi individuati al punto 4.

SINIBALDI A., *“La gestione dei processi in azienda. Introduzione al Business Process Management”*, Milano, Franco Angeli, 2009, pag. 289-290.

⁵⁴ La valutazione delle performance riassume sinteticamente le fasi che caratterizzano il processo decisionale, il momento della presa di coscienza dell'esistenza di un problema da risolvere, dei vincoli che ne condizionano la soluzione, elaborazione di valide strategie o tattiche alternative e l'assunzione della scelta che identifica la soluzione più conveniente.

La BSC traduce, in termini operativi e misurabili formulati nell'ambito delle attività di pianificazione. CALAMANDREI C., *“Manuale di management per le professioni sanitarie”*, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 556.

rappresentare i passaggi intermedi che l'azienda deve compiere per raggiungere il traguardo finale e rendere evidente i risultati intermedi ai soggetti esterni.

La BSC in sanità considera anche i risultati dell'azienda che non possono essere descritti in termini monetari.

Per fornire una visione complessiva della gestione aziendale, la BSC propone una lettura dei risultati (o *performance*) dell'azienda di carattere multidimensionale utilizzando un sistema di indicatori di differente natura che rispetto a una serie di prospettive sono così definite:

- 1) Economico-finanziaria: in sanità si traduce nell'obiettivo del pareggio di bilancio. L'equilibrio tra i costi e i ricavi (equilibrio economico) è la sintesi e condizione indispensabile per dimostrare che l'organizzazione di una struttura sanitaria è in grado di offrire un servizio efficace (rispondere alle richieste dei cittadini) ma a costi compatibili⁵⁵;
- 2) Pazienti/clienti: introduce misure essenziali come la soddisfazione, fidelizzazione e l'acquisizione di nuovi pazienti/clienti;
- 3) Processi interni: focalizza l'attenzione sui processi dell'azienda sanitaria che prevede possano avere il massimo impatto sulla soddisfazione del paziente/cliente. Gli approcci tradizionali si focalizzano su migliorare i processi già esistenti, mentre con la BSC si identificano nuovi processi per raggiungere l'eccellenza e rispondere alle esigenze dei pazienti/clienti (in

⁵⁵ VIGNATI E., BRUNO P., “*Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione*”, Milano, Franco Angeli, 2002, pagg. 15 - 23.

quest'ultimo caso si parte con la richiesta di prestazione del paziente/cliente e termina con l'erogazione del servizio da parte della struttura sanitaria, analizzando così i fattori tempo, qualità e costo);

- 4) Apprendimento (o innovazione) e crescita: si tratta della prospettiva di maggior valore. Sono definiti gli obiettivi aziendali che determinano le condizioni necessarie affinché i risultati non siano considerati come il traguardo annuale da raggiungere, ma come il passaggio intermedio nella vita dell'azienda per poter perseguire risultati ancora migliori negli anni a venire. Sono identificate le azioni e gli indicatori per lo sviluppo continuo del patrimonio professionale e per la crescita dell'azienda⁵⁶ (sviluppo e capacità del personale, sviluppo delle capacità dei sistemi informativi, procedure organizzative e sviluppo della motivazione e del decentramento decisionale del personale).

La metodologia è composta di nove passi:

- Assessment: si esplicitano lo scopo e la vision (proiezione di uno scenario futuro che rispecchia ideali e valori di chi fissa gli obiettivi) dell'azienda;
- Strategia: si definiscono i temi strategici;
- Obiettivi: ogni tema strategico viene ulteriormente scomposto in singoli obiettivi misurabili;
- Mappa strategica: gli obiettivi strategici vengono posizionati su una mappa, collegati gli uni agli altri in un rapporto causa-effetto e suddivisi in base alla prospettiva;

⁵⁶ CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 557.

- Misure di performance: stabilire un insieme di indicatori misurabili per valutare le performance nel raggiungimento degli obiettivi;
- Iniziative: ideate e implementate nuove iniziative per il raggiungimento dei obiettivi strategici;
- Automazione: il processo di raccolta delle misure di performance e la distribuzione alle persone appropriate viene completamente automatizzato facendo uso di software apposito;
- Cascade: le misure di performance vengono estese a tutti gli obiettivi per tutti i livelli organizzativi;
- Valutazione: si “tirano le somme” e ci si chiede se si stanno raggiungendo i risultati previsti⁵⁷.

2.2.3 Il sistema informativo

Nelle aziende sanitarie tutte le figure direzionali possono tenere sotto controllo i processi di cui hanno la responsabilità solo se dispongono di informazioni⁵⁸.

⁵⁷ SINIBALDI A., “*La gestione dei processi in azienda. Introduzione al Business Process Management*”, Milano, Franco Angeli, 2009, pagg. 204-205.

⁵⁸ Con il termine “informazione” si intende un'entità, costituita da un insieme di dati elaborati organizzati che riduce il grado di incertezza e aumenta la conoscenza di un fenomeno. Le informazioni vengono prodotte attraverso l'elaborazione di dati, cioè un trattamento consistente nel fare su di esse operazioni matematiche, logiche o di cambiamento di formato.

La qualità delle informazioni è legata alla qualità dei dati di partenza cioè a caratteristiche quali:

- a) Completezza;
- b) Precisione e chiarezza concettuale e grafica;
- c) Tempestività;
- d) Selettività/congruenza;
- e) Destinazione.

CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pagg. 265-267.

La gestione di esse assume un'importanza maggiore nell'attuale contesto sanitario, caratterizzato da un'evoluzione continua della domanda di servizi, un rapidissimo sviluppo delle conoscenze in campo clinico, competizione tra aziende pubbliche e private, tutti i fattori che costringono i vertici direzionali a prendere decisioni importanti in tempi molto brevi.

In ogni azienda esiste un sistema informativo inteso come l'insieme delle persone, delle tecnologie e dei meccanismi operativi il cui compito è quello di produrre le informazioni che servono all'attività dell'azienda e alla sua gestione.

In altri termini, lo scopo del sistema informativo è quello di fornire, a ogni componente dell'organizzazione, tutte le informazioni di cui ha bisogno per il miglior svolgimento del suo mandato.

La presa di decisioni è un aspetto molto importante della gestione di un'azienda e la qualità delle informazioni di cui essa è in possesso è fondamentale per prendere la decisione giusta al momento giusto.

Per questo motivo i sistemi informativi sono strettamente correlati ai sistemi gestionali, di cui costituiscono un'importante parte strumentale.

CAPITOLO 3 - IL PERSONALE SANITARIO

Le aziende sanitarie hanno il difficile compito di gestire in maniera efficiente ed efficace la cura del paziente, assicurando parallelamente una migliore qualità e un ambiente sicuro per i propri pazienti e i propri dipendenti. È quindi necessario che quest'ultimi abbiano visioni e atteggiamenti orientati alla qualità, ma anche alla responsabilità e all'autonomia.

Un capitale umano preparato e competente nelle aziende sanitarie consente di erogare un servizio di qualità che risponda meglio ai bisogni della popolazione. Ecco perché questo capitolo tratta delle professioni sanitarie, la loro evoluzione normativa con la loro classificazione, l'autonomia e la responsabilità professionale degli stessi.

Avere la persona giusta e al posto giusto, con le sue conoscenze e competenze (tecniche e non), consente di erogare prestazioni in modo efficace ed efficiente e, per questo, i candidati per una posizione lavorativa, sono sottoposti a una serie di procedure per definire quello più adatto alla stessa.

L'epidemia da Coronavirus ha messo a dura prova tutto il comparto medico-sanitario, mettendo in evidenza, da una parte, la grande competenza e professionalità del personale impiegato negli ospedali e dall'altra, le necessità di cui la sanità italiana ha bisogno: maggior personale sanitario medico e non, dispositivi di protezione individuale e macchinari.

Durante l'emergenza sanitaria è stato necessario aumentare il personale sanitario, reclutandolo in tutto il Paese per far fronte alla carenza di personale collegata alla

storia del nostro sistema sanitario, ma anche per sostituire coloro che si ammalavano e, nella fase acuta del Covid-19, chi effettuava turni massacranti.

È necessario, in ogni caso, provvedere all'incremento di personale specializzato e preparato ad affrontare situazioni simili, fare scorte di macchinari e dei dispositivi, necessari per poter tutelare lo stesso.

Ad oggi, si cerca di investire di più nella formazione del personale sanitario proprio per essere pronti maggiormente nei prossimi mesi ad ogni situazione possibile. L'obiettivo è quello di avere più personale e garantire a tutti un servizio di qualità, investendo nella formazione e nella riqualificazione del personale.

3.1 Le normative e alcune definizioni

Avendo introdotto il concetto di salute e come le aziende sanitarie sono organizzate, è importante definire le professioni sanitarie e la loro evoluzione normativa, che risulta molto vasta e complessa.

Sono professioni sanitarie quelle che, grazie ad un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione⁵⁹.

Lo Stato italiano riconosce attualmente trenta professioni sanitarie per l'esercizio delle quali è obbligatoria l'iscrizione ai rispettivi Ordini professionali.

Esistono gli Ordini professionali per: Medici Chirurghi e Odontoiatri, Veterinari, Farmacisti, Professioni infermieristiche, Ostetriche, Psicologi, Chimici e Fisici,

⁵⁹ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=professioni-sanitarie

Biologi, Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica (TSRM) e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione⁶⁰ e della Prevenzione⁶¹.

Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali promuovono l'autonomia delle professioni sanitarie, la qualità delle prestazioni, i principi etici dell'esercizio professionale indicati nei codici deontologici, per garantire la salute delle persone.

In Italia possono esercitare l'attività sanitaria anche i cittadini italiani e stranieri che abbiano conseguito la qualifica professionale all'estero, previo riconoscimento da parte del ministero della Salute. I cittadini italiani possono esercitare l'attività

⁶⁰ La figura del Fisioterapista è disciplinata dal D.M. 14.09.1994, n. 741.

Il fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante (art. 6 del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502e successive modificazioni che abilita all'esercizio della professione), che 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, a varia eziologia, congenita od acquisita.

Svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale, nell'ambito delle proprie competenze. Attraverso la formazione complementare, integra la formazione di base.

Pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali; propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia.

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=6627>

Per un maggior approfondimento sulle competenze della figura del fisioterapista si rimanda al libro: AIFI (a cura di), *“Linee guida per la formazione del fisioterapista - Core competence”*, Milano, Elsevier – Masson, 2003, pagg.1-16.

⁶¹ La Legge 3/2018, conosciuta come Decreto Lorenzin, ha rivoluzionato la storia delle professioni sanitarie e sociosanitarie in Italia. Per quanto riguarda gli Ordini dei TSRM (tecnici sanitari di radiologia medica) e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, è composto da diciannove professioni sanitarie diverse, di cui due (TRSM e Assistente sanitario) hanno albi già esistenti. Si tratta di un Decreto che vede un totale di ventidue professioni sanitarie, ognuna con un suo Ordine di riferimento. https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&iid=3312

sanitaria all'estero, previo riconoscimento della loro qualifica da parte dell'Autorità competente del Paese ove intendono lavorare.

Tutti i soggetti che operano nel sistema sanitario devono continuare a formarsi durante tutta la loro vita lavorativa attraverso il sistema di formazione continua in medicina⁶².

Vi sono alcune importanti normative che descrivono l'evoluzione delle professioni sanitarie.

Tra i più importanti Decreti Legislativi negli anni Novanta, per le professioni sanitarie, vi sono: il **D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502**⁶³ e successive modifiche, sancisce il passaggio esclusivamente alla formazione universitaria: è il punto di svolta per la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione, in quanto questa avviene, da questo momento in poi, in ospedale; la **legge 26 febbraio 1999, n. 42**⁶⁴, abolisce la denominazione di "professioni sanitarie ausiliarie" sostituendola con quella di "*professioni sanitarie*", determinando la figura del "professionista", con le sue responsabilità che sono descritte nei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, negli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nei specifici codici deontologici.

⁶² https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=808&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto

⁶³ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992;502>

⁶⁴ <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/990421.htm>

Successivamente, entrano in vigore la **legge del 10 agosto 2000, n. 251**⁶⁵ che rafforza l'autonomia professionale⁶⁶ per tutte le classi di laurea (l'elemento fondamentale per svolgere le specifiche funzioni e per agire nell'ambito dei profili professionali⁶⁷). Questa legge intende rafforzare, quindi, il significato dei profili professionali e dell'evoluzione complessiva delle professioni stesse, verso un percorso di autonomia e piena responsabilità.

Importante è notare che le leggi 42/99 e 251/2000 affermano chiaramente l'autonomia rispetto alle procedure di valutazione funzionale, sulle responsabilità delle singole aree e all'interno delle singole professioni.

In data 2 Aprile 2001, dal ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, vengono emanati decreti ministeriali che fissano obiettivi formativi qualificanti, le attività formative indispensabili e le classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie. Il **DM 22 ottobre 2004, n. 270**, introduce, nella formazione universitaria, un sistema di titoli universitari che siano facilmente individuabili e comparabili, oltre a garantire insegnamenti di alta qualità. Una delle applicazioni pratiche è stata l'istituzione del sistema fondato su crediti equiparabili, strutturato in due cicli: il primo con durata triennale utile per l'inserimento nel mercato del lavoro e un secondo che completa il primo ciclo e fornisce competenze ulteriori per la pratica più avanzata.

⁶⁵ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/09/06/000G0299/sg>

⁶⁶ Ad esempio, l'art. 2 tratta delle *Professioni sanitarie riabilitative*: “gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, la riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali. <https://www.camera.it/parlam/leggi/002511.htm>

⁶⁷ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/09/06/000G0299/sg>

Altro traguardo per le professioni sanitarie è descritto nella **legge del 1 febbraio 2006, n.43**⁶⁸ ribadisce, in primis, che l'esercizio delle professioni sanitarie è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di un esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo è valido sull'intero territorio nazionale. Questa legge istituisce, inoltre, gli ordini e albi delle professioni sanitarie, previsti allo scopo di adeguare il livello culturale deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario con quello garantito dagli Stati membri dall'Unione Europea. La suddetta legge è integrata dalla **legge 24 maggio 2016, “Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie”** (che istituisce ulteriori ordini professionali).

Per ultima, ma non per importanza, la “*Legge Gelli-Bianco*”⁶⁹ dell’**8 marzo 2017, n. 24**, un provvedimento che affronta vari temi, tra le quali la sicurezza delle cure e del rischio sanitario, la responsabilità dell’esercente la professione sanitaria (soprattutto perché in aumento) e della struttura sanitaria pubblica o privata. l’obbligo di assicurazione e l’istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati. Lo scopo è quello di mettere in sicurezza gli operatori professionali.

Prima di procedere con il capitolo è importante descrivere alcuni termini come: ruolo, funzione e attività.

⁶⁸ [L 43/2006 \(camera.it\)](#)

⁶⁹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>

Il **ruolo** è inteso come tutto ciò che l'organizzazione richiede all'individuo in termini di qualità personali, e non solo tecniche, di impegno, responsabilità e relazioni⁷⁰. In ogni ruolo si possono distinguere tre componenti⁷¹:

- a) L'area di **attività**: azioni mentali e azioni pratiche, che vengono svolte dal coordinatore o dirigente. L'ambito di riferimento potrà stabilire la pianificazione, la gestione, l'organizzazione, la direzione, lo sviluppo delle risorse umane e il controllo;
- b) L'area di **responsabilità** che la persona si assume per l'esercizio di un ruolo. La responsabilità può essere definita come l'obbligo o 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;
- c) L'area dei **risultati** che l'esercizio del ruolo richiede di conseguire: nel caso specifico, si tratta in primo luogo dei risultati di efficacia, efficienza, sicurezza e appropriatezza.

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 **attività** che concorrono a uno scopo.

⁷⁰ BONTI M., CAVALIERE V., CORI E., *“Lineamenti di organizzazione aziendale”*, Milano, EGEA S.p.a., 2020, pag. 133.

⁷¹ CALAMANDREI C., *“Manuale di management per le professioni sanitarie”*, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 159.

Un altro termine che spesso si ritrova in questo campo è **mansione**⁷², ovvero un aggregato di **compiti** elementari (cioè l'insieme delle operazioni elementari che vengono eseguite). Le attività 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.

I coordinatori e i dirigenti 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 di servizi delle professioni sanitarie.

3.2 La formazione continua in sanità

Nel primo paragrafo si è già parlato dei D.Lgs 502/1992 e 229/1999 che descrivono l'obbligatorietà della formazione continua per i professionisti della sanità (ovvero Educazione Continua in Medicina o ECM)⁷³.

Avviene il passaggio da una formazione concepita come accessoria, episodica, sostanzialmente individuale e autodeterminata, ad una formazione come elemento strategico per lo sviluppo della professionalità e della qualità del sistema di cure al paziente.

⁷² DE VITA P., MERCURIO R., TESTA F., “*Organizzazione aziendale: Assetto e meccanismi di relazione*”, Torino, G. Giappichelli Editore, 2007, pag. 43.

⁷³ [Age.na.s. - Educazione Continua in Medicina \(agenas.it\)](http://agenas.it)

L'Italia si colloca in un gruppo di Paesi che ha scelto l'obbligatorietà del contributo per la formazione, con il rischio che quest'ultima possa essere passiva ovvero non avvenga in base al reale bisogno di ogni operatore.

Per evitare questo e migliorare i comportamenti degli operatori, è necessario individuare degli obiettivi specifici in risposta ai bisogni specifici formativi effettivamente rilevati per uno specifico perfezionamento delle competenze⁷⁴.

La partecipazione alle attività di formazione continua (impostata a centocinquanta crediti ogni tre anni) costituisce un requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista⁷⁵. La formazione continua del professionista sanitario rappresenta un dovere e una responsabilità, un diritto ma soprattutto un valore.

Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva⁷⁶.

⁷⁴ SALVATO A., *La formazione continua in sanità: ruolo delle aziende e percezioni degli operatori*, n.1, 2008, pagg. 64-68.
<http://www.biblio.liuc.it/scripts/essper/schedaArticolo.asp?codice=2156580>

⁷⁵ <https://www.centroeuropeo.it/cosa-e-lecm/>

⁷⁶ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5133&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto

Nella pianificazione e nella progettazione dell'evento ECM gli obiettivi formativi si dividono in (Art. 28 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore "Salute")⁷⁷:

- *Obiettivi formativi tecnico-professionali*: volti allo sviluppo delle competenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

- *Obiettivi formativi di processo*: tendono allo sviluppo delle competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione.

- *Obiettivi formativi di sistema*: sviluppano competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

Le tipologie formative⁷⁸ sono:

- *Residenziale*: è l'attività in cui uno, o più docenti, si rivolgono a molti discenti e il livello di interattività è limitato alla possibilità di fare domande

⁷⁷ Gazzetta n. 274 del 23 novembre 2017 - CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

⁷⁸ Art. 61 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore "Salute".
<https://www.governo.it/it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-32/17592>

e partecipare alla discussione. Si verificano in genere durante convegni, congressi, seminari, tavole rotonde, conferenze, etc.

- *A distanza*: avviene tramite l'uso di strumenti informatici (computer/dispositivi informatici abilitati alla riproduzione dei contenuti o utilizzando specifici software dedicati o attraverso materiale preparato e distribuito dal provider), consentendo la fruizione individuale di materiali durevoli. Prevede la partecipazione a sessioni formative attraverso una piattaforma multimediale dedicata (aule virtuali, webinar) fruibile in diretta tramite connessione ad Internet.

- *Sul campo*: è quell'attività formativa in cui vengono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali. Questa modalità di formazione favorisce l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi. L'apprendimento che ha luogo attraverso la formazione sul campo è caratterizzato, nella maggior parte dei casi, da un confronto tra pari che si traduce in una responsabilizzazione verso i contenuti acquisiti per la possibilità di applicarli direttamente nel proprio contesto organizzativo. Sono comprese le seguenti tipologie accreditabili: training individualizzato, gruppi di miglioramento/studio/lavoro, PDTA (percorsi diagnostici terapeutici) e attività di ricerca. Queste tipologie di formazione necessitano di percorsi di apprendimento e non di momenti formativi episodici, per questo hanno una durata minima di ore e incontri;

- *Blended (mista)*: è l'attività formativa che si articola in percorsi formativi strutturati che prevedono momenti in aula e momenti a distanza oppure momenti in aula ed esperienze di formazione sul campo o ancora integrano

momenti di formazione residenziale, a distanza e sul campo. Una formazione blended viene considerata vantaggiosa in termini di apprendimento perché la diversità di metodologie, tempi, sedi e attrezzature permettono di progettare percorsi autogestibili, flessibili e adeguati al target di riferimento. È utilizzata soprattutto nei progetti formativi più impegnativi dove diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale. Essa comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta⁷⁹.

La formazione continua è considerata strumento di crescita delle competenze, le abilità cliniche, tecniche e manageriali dei professionisti sanitari. La formazione continua dei professionisti sanitari è espressione del valore fondamentale della tutela della salute⁸⁰ ed ha come obiettivo quello di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale in favore dei cittadini⁸¹.

I professionisti sanitari (personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica) hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per

⁷⁹ <https://ape.agenas.it/ecm/ecm.aspx>

⁸⁰ <http://www.tsrncosenza.it/wp/2020/03/05/ecm-il-valore-della-formazione-continua/>

⁸¹ <https://ape.agenas.it/professionisti/formazione.aspx>

offrire una assistenza di qualità⁸². Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate in modo da poter essere un buon professionista della sanità. È esonerato dall'obbligo dell'ECM. Il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, corso di formazione specifica in medicina generale, formazione complementare, corsi di formazione e di aggiornamento professionale) per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza) e i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza⁸³. Il programma ECM prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi per ogni area specialistica medica e per tutte le professioni sanitarie.

3.3 Le competenze tecniche e non

Il capitale umano⁸⁴ ha acquisito una maggiore importanza per lo sviluppo dell'organizzazione, la quale ha interesse a fargli acquisire, governare e applicare un patrimonio di conoscenze sempre più vasto per operare in modo efficace ed efficiente in un ambiente soggetto a continui e rapidi cambiamenti.

⁸² <https://ape.agenas.it/ecm/ecm.aspx>

⁸³ <https://ape.agenas.it/professionisti/professioni-sanitarie.aspx>

⁸⁴ La definizione ufficiale di “capitale umano” è quella fornita dal Consiglio dell’Unione Europea: “Conoscenze, capacità, competenze ed attributi di cui dispone l’individuo, che facilitano il benessere personale, sociale ed economico” (Risoluzione del Consiglio del 15 luglio 2003, sul capitale sociale e umano 2003/C 175/02).

[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32003G0724\(02\)&from=FR](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32003G0724(02)&from=FR)

Compiti e mansioni (già descritti nel paragrafo precedente) si modellano grazie alle **conoscenze** e **competenze** degli individui. La **conoscenza** riguarda il *sapere*⁸⁵. È l'analisi delle competenze professionali e tecnologiche e dei processi di apprendimento, ovvero di appropriatezza di utilizzo della conoscenza⁸⁶. Le **competenze** sono l'insieme delle caratteristiche intrinseche e acquisite dall'individuo che ne determina un comportamento efficace sul lavoro. Le persone vengono premiate per le loro competenze, che a loro volta sono influenzate da alcune caratteristiche personali: tratti della personalità, esperienze, conoscenze, motivazione, valori e concetto di sé. Questi fattori determinano il comportamento efficace da parte di un individuo che può essere effettivamente osservato in un determinato ambito lavorativo favorendo il risultato di performance significativi⁸⁷. Le competenze si sviluppano con l'esperienza.

In sostanza, le competenze riguardano l'essere di ciascuno: per questo solo in minima parte si possono insegnare trasferire ad un'altra persona, mentre le conoscenze si possono trasmettere tramite l'insegnamento o l'esercizio⁸⁸.

Gestire le competenze significa, quindi, porre al centro dell'attenzione la persona, con le sue conoscenze ed esperienze. La centralità della persona, le conoscenze che possiede grazie a una formazione continua, l'attitudine al cambiamento e capacità

⁸⁵ CARLOTTO G. , “ *Soft skills. Con-vivere con le competenze trasversali e raggiungere i propri obiettivi.*”, Milano, FrancoAngeli/Trend, 2015, pag. 19.

⁸⁶ DE VITA P., MERCURIO R., TESTA F., “Organizzazione aziendale: Assetto e meccanismi di relazione, Torino, G. Giappichelli Editore, 2007, pag 37.

⁸⁷ BONOCORE F., MONTANARI F., SOLARI L., “ Organizzazione aziendale: comportamenti e decisioni per il management”, Novara, isedi, 2021, pag 68.

⁸⁸ CARLOTTO G. , “ *Soft skills. Con-vivere con le competenze trasversali e raggiungere i propri obiettivi.*”, Milano, FrancoAngeli/Trend, 2015, pag. 24.

acquisite soprattutto con l'esperienza, si traducono in comportamenti osservabili e ripetibili.

Componenti come le conoscenze, le capacità tecniche hanno direttamente a che fare con la natura delle attività che il professionista svolge, mentre l'attitudine al cambiamento, per esempio, è caratteristica della persona. Motivazione e contesto sono strutturalmente essenziali perché consentono a una potenzialità di esprimersi. La motivazione contribuisce alla formazione delle competenze in quanto è essa che consente la messa in moto di ogni azione. Il contesto deve essere tale da permettere di esplicitare e dichiarare gli obiettivi della persona⁸⁹.

Le competenze vengono distinte in⁹⁰:

- *Competenze tecnico-funzionali o professionali*, che qualificano il saper fare di un individuo in relazione a ruolo organizzativo o un ambito di attività. Esse sono facilmente identificabili e trasferibili in quanto possono essere acquisite attraverso percorsi formativi mirati là dove è data la possibilità al lavoratore di fare esperienza sul campo in modo strutturato attraverso tirocini, stage, affiancamento a colleghi senior, o in modo non strutturato.
- *Competenze trasversali*, si riferiscono alle capacità di un individuo di riconoscere, comprendere gestire in modo efficace le proprie emozioni e quelle degli altri, non che ha l'abilità di analizzare le informazioni e le situazioni. Si tratta di competenze efficaci in ogni ruolo e ad ogni livello organizzativo. Le competenze trasversali dipendono principalmente

⁸⁹ CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag 531.

⁹⁰ BONOCORE F., MONTANARI F., SOLARI L., “*Organizzazione aziendale: comportamenti e decisioni per il management*”, Novara, isedi, 2021, pag 68.

dall'intelligenza emotiva di un individuo, che si manifesta attraverso competenze personali e sociali⁹¹.

- *Competenze personali*, dipendono principalmente dall'autoconsapevolezza, il concetto di sé, la motivazione e riguardano la capacità dei singoli di riconoscere le proprie emozioni e di tenere sotto controllo gli impulsi distruttivi ad esse associate. Le competenze sociali si esprimono attraverso l'empatia e l'abilità sociali, che riguardano la capacità di leggere le emozioni degli altri e di gestire i rapporti interpersonali in modo costruttivo, evitando conflitti e favorendo forme di collaborazione.

L'assistenza sanitaria è un settore ad alto rischio. Ogni operatore è tenuto a contribuire alla prevenzione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie in quanto la maggior parte degli incidenti avversi documentati sono associati a "fattori umani", comprese le abilità cognitive e sociali definite "abilità non tecniche". Le competenze non tecniche integrano le competenze diagnostiche e specialistiche e gli attributi professionali e possono migliorare la qualità della pratica e l'erogazione dei servizi sanitari e quindi contribuire alla sicurezza del paziente. Le abilità generiche non tecniche sono definite come consapevolezza della situazione, processo decisionale, comunicazione, lavoro di squadra, leadership, gestione dello stress e gestione della fatica. La considerazione di queste specifiche abilità non tecniche come componente della formazione può avvantaggiare i professionisti oltre a garantire la sicurezza del paziente⁹².

⁹¹ Per un maggior approfondimento sulle competenze trasversali o soft skills, si rimanda al libro: CARLOTTO G. , “ *Soft skills. Con-vivere con le competenze trasversali e raggiungere i propri obiettivi.*”, Milano, FrancoAngeli/Trend, 2015, pag. 31.

⁹² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21692830/>

Come prima cosa è utile descrivere il significato di **abilità**: è la capacità di svolgere una particolare forma di attività, frutto della volontà che può svilupparsi sul fondamento di una disposizione innata e si acquisita con l'apprendimento⁹³.

Le abilità o denominate anche “non technical skill”, sono quelle che vanno oltre l'atto clinico-sanitario, ma che sono necessarie per una sua corretta esecuzione a livello di singolo professionista e di équipe e comprendono abilità cognitive e relazionali. Tali abilità possono essere identificate attraverso marcatori comportamentali, ossia comportamenti considerati indicatore (segnalatore) di una abilità (o insieme di abilità). Essi sono osservabili e quindi rilevabili e servono per delineare la competenza espressa dal professionista e identificare i bisogni di formazione al fine di costruire i relativi programmi di addestramento⁹⁴. Le competenze non tecniche sono così identificate: consapevolezza della situazione; assunzione delle decisioni; gestioni del compito; leadership; comunicazione e lavoro di gruppo⁹⁵. Vengono inoltre identificate altre competenze dei professionisti sanitari, ovvero quelle competenze non specifiche che riguardano la capacità generale della persona di operare con efficacia in qualsiasi posto di lavoro.

Ricondotte nell'ambito delle abilità personali esse vengono distinte in: skill di efficacia personale (autocontrollo, resistenza allo stress, flessibilità); skill relazionali e di servizio (comprensione interpersonale, cooperazione con gli altri, comunicazione); skill relative a impatto e influenza (esercitare un'influenza sugli

⁹³ https://www.treccani.it/vocabolario/abilita_res-e9c9f2ec-000b-11de-9d89-0016357eee51/

⁹⁴ <https://careonline.it/2008/10/non-technical-skill/>

⁹⁵ BENINI S., *Orientamenti pedagogici per la formazione e pratica sanitaria dopo la pandemia di Covid-19*, “I fondamenti dell'azione educativa: epistemologie professionali tra passato e futuro”, n. 38, 2021, pagg. 136-147.

altri, leadership, consapevolezza organizzativa); skill orientate alla realizzazione (realizzazione agli obiettivi, efficienza; qualità e accuratezza; problem solving); skill cognitive (pensiero analitico e concettuale)⁹⁶.

L'errore umano⁹⁷ non può essere definitivamente eliminato, ma è quantomeno possibile giungere alla sua individuazione e minimizzarlo favorendo la diffusione di **competenze non tecniche** (Non-Technical Skills); con questo termine si fa riferimento ad “abilità cognitive, comportamentali e interpersonali che non sono specifiche dell’esperienza tecnica di una professione, ma sono ugualmente importanti ai fini della riuscita delle pratiche operative nel massimo della sicurezza le Non-Technical Skills (NTS) sono complementari alle competenze di carattere tecnico ed in grado di contribuire all’attivazione di performance maggiormente efficaci e sicure⁹⁸.

⁹⁶ PELLEREY, M., “*Soft skill e orientamento professionale*”, Roma, CNOS-FAP, 2017, pag. 19.

⁹⁷ L'errore è una componente ineliminabile della realtà umana. Il Risk management in sanità rappresenta l'insieme di attività cliniche e gestionali intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per il personale, per i visitatori e i rischi di perdita economica e di immagine della struttura sanitaria stessa.

PARRELLA G., LEGGERI R., “*La gestione del rischio clinico. La sicurezza del paziente e la lotta agli sprechi nelle strutture pubbliche e private.*”, Milano, FRANCOANGELI, 2007, pag. 19.

⁹⁸ Vengono individuate **sette Non-Technical Skills**:

- Consapevolezza situazionale: capacità di raccogliere le informazioni e di interpretarle correttamente; questa competenza, riesce ad anticipare i possibili scenari futuri, divenendo un prerequisito indispensabile per la sicurezza in ambienti complessi e dinamici;
- Decision-making: capacità di definire i problemi, di considerare le diverse opzioni e di selezionare ed implementare queste ultime;
- Comunicazione: capacità di scambiare e ricevere informazioni chiare e concise, ascoltare e identificare quelle che possono essere le “barriere” del processo comunicativo;
- Teamwork: si caratterizza per la capacità di supportare i collaboratori/colleghi, di risolvere i possibili conflitti, di scambiare informazioni e di coordinare le diverse attività;
- Leadership: fa riferimento ad un ottimale utilizzo dell’autorità, alla pianificazione e definizione delle priorità, alla gestione dei carichi di lavoro e delle risorse;
- Gestione dello stress: capacità di identificare correttamente gli eventuali sintomi dello stress, di riconoscere i suoi effetti e di implementare le più efficaci strategie di coping;

La mancanza di competenze non tecniche aumenta quindi la probabilità che si verifichi un errore, il quale a sua volta accresce la probabilità che si generi un evento avverso. La presenza di buone abilità non tecniche può ridurre di molto tali probabilità e rappresentare un aspetto in grado di rivelarsi cruciale nell'ottimizzazione delle pratiche lavorative e nella prevenzione di incidenti ed infortuni.

Un approccio innovativo alla prevenzione dei rischi e di conseguenza agli incidenti e infortuni sul lavoro, dovrebbe fare riferimento all'opportunità di formare i lavoratori relativamente alle competenze non tecniche, competenze che vengono quotidianamente utilizzate. Molto spesso tali competenze non sono chiaramente esplicitate e vengono trattate tacitamente e di conseguenza tramandate in modo informale da una generazione di lavoratori all'altra⁹⁹.

3.4 Coordinatori e dirigenti delle professioni sanitarie

L'evoluzione delle organizzazioni sanitarie verso sistemi di intervento, caratterizzati da sempre maggiore complessità operativa e multiprofessionale dei

-
- Capacità di fronteggiare la fatica: correlata alla competenza precedente, prevede di identificare i sintomi della fatica, riconoscerne i sintomi e implementare le strategie di coping.

<https://www.researchgate.net/publication/237646799>

⁹⁹ <https://www.puntosicuro.it/view-pdf/non-technical-skills-le-competenze-non-tecniche-la-sicurezza-AR-14178/>

diversi operatori, richiede di potenziare le funzioni di coordinamento e gestione delle risorse umane, attesa oggi rivolta anche alle professioni sanitarie¹⁰⁰.

Le aziende sanitarie stanno ancora perfezionando gli strumenti tipicamente aziendali di gestione delle risorse umane, in senso manageriale, rendendo evidente che la sola figura del manager non basta per garantire un'efficiente ed efficace funzionalità al sistema di un'organizzazione sanitaria complesso e variegato. È necessaria la presenza di figure professionali con funzioni di coordinamento con una visione molto più attenta ai bisogni e alle problematiche emergenti e, con ciò, maggiormente appropriate a proporre soluzioni sul campo.

In ciò entrano le funzioni di coordinamento del personale delle professioni sanitarie, nel quale rientrano le funzioni di valorizzazione delle risorse umane. Le figure di coordinamento dovranno sviluppare capacità tecnico-assistenziale, doti di comunicazione, motivazione e capacità di far partecipare gli operatori ai processi decisionali.

Negli 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;
- La *laurea specialistica magistrale*, quella che si ottiene a seguito di un ulteriore corso biennale. 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. Tra gli obiettivi formativi qualificanti ve ne sono alcuni che possiamo definire manageriali,

¹⁰⁰ MARRA F., "Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. I nuovi incarichi di funzione professionale e di funzione organizzativa", Milano, FRANCOANGELI, 2019, pag. 11.

mentre le attività formative indispensabili includono scienze giuridiche ed economiche e la scienza del management sanitario¹⁰¹.

Negli stessi anni, vi sono state una serie di normative che hanno portato alle Università ad attivare Master in management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie per rispondere a queste esigenze.

L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- Master di primo livello in management per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza;
- Esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

Il coordinatore sanitario è, dunque, il professionista che coordina, all'interno di un'unità operativa o di un dipartimento ospedaliero, tutte le figure rientranti nelle professioni sanitarie, e quindi: infermieri, ostetriche, tecnici sanitari, di radiologia e della riabilitazione¹⁰². Il coordinatore dei servizi sanitari gestisce l'organizzazione di un servizio o di una struttura sanitaria e si occupa di organizzare il personale, di identificare e gestire i processi di lavoro, di controllare l'andamento economico, di verificare la corretta applicazione della normativa sanitaria, programmazione e valutazione del lavoro.

¹⁰¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2004/11/12/004G0303/sg>

¹⁰² <https://www.emergency-live.com/it/news/manager-e-coordinatori-sanitari-linnovazione-che-parte-dalla-formazione/>

Per questi operatori che hanno una certa professionalità elevata e una propria autonomia, sono presenti degli strumenti, detti linee guida o raccomandazioni¹⁰³, che orientano gli stessi senza limitare la loro libertà. Qualora il professionista non intenda attenersi a esse, devono spiegare il motivo del loro comportamento a terzi.

3.5 La gestione del personale

Il SSN, da alcuni anni, ha posto maggior attenzione alle risorse umane, di cui è sempre più chiaro il ruolo strategico per l'erogazione di servizi di qualità. Un sistema gestionale che assicuri una dotazione di risorse umane competenti e motivate è particolarmente necessario nelle aziende sanitarie dato il valore che la popolazione attribuisce alla tutela della salute.

Gestire il capitale umano in modo efficace ed efficiente significa influire positivamente sulle performance dell'intera organizzazione in termini sia di stabilità che di produttività.

103

Per maggiori approfondimenti su questo argomento si invia ai siti sottoelencati:

<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida>

<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=4835&area=qualita&menu=lineeguida>

Le fasi dell'ingresso di nuove figure in azienda che offrono servizi sanitari sono¹⁰⁴:

- *Reclutamento*: la procedura con la quale un'azienda chiama del personale a far parte del suo organico esprimendo con le debite modalità la propria domanda di lavoro (es. bando pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale);
- *Selezione*: la procedura con la quale si effettua la scelta tra i candidati chiamati nella fase di reclutamento. Una volta superate le prove di selezione, il personale è assunto o fa parte della lista di coloro che saranno assunti;
- *Accoglimento*: rappresenta il primo contatto del neoassunto con l'organizzazione della quale diventato dipendente. Si tratta di un periodo molto delicato sia per l'organizzazione che per il neoassunto;
- *Assegnazione*: inserire il candidato appena assunto a un servizio, ad Unità Operativa;
- *Inserimento* (con procedure specifiche): il neoassunto entra a far parte dell'organico del dipartimento mediante un apprendimento e un coinvolgimento progressivo nelle attività. Il processo di inserimento va *monitorato* nel tempo e termina con la *valutazione*. Si devono prevedere tappe valutative intermedie, a cadenza variabile in relazione al tipo di obiettivi stabiliti e al grado del loro raggiungimento. Nella valutazione è importante considerare le osservazioni che il neoassunto fa sul proprio operato, confrontandoli con i risultati dichiarati dal tutor e dal coordinatore.

¹⁰⁴ CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 398.

Per *valutazione del personale*¹⁰⁵ si intende una procedura organica e sistematica mediante la quale sui dipendenti viene espresso periodicamente un giudizio volto, confrontando le conoscenze, abilità ed esperienze, responsabilità. Un sistema di valutazione del personale rileva il potenziale umano e le competenze presenti nell'organizzazione in funzione delle attività e dei servizi che svolge, migliora le prestazioni dei comportamenti degli operatori per raggiungere degli obiettivi aziendali, consente una supervisione più attenta e mirata nei confronti di coloro che mostrano di dover correggere determinati comportamenti, migliora la comunicazione tra il dirigente-valutatore e i collaboratori-valutati, identifica i bisogni di formazione e aggiornamento per lo sviluppo delle persone la crescita dell'organizzazione¹⁰⁶.

Un sistema di questo tipo favorisce anche il giudizio sull'efficacia di altri aspetti della gestione della risorsa umana: se le valutazioni del personale neoassunto sono decisamente positive, è probabile che si sia adottata una buona procedura di selezione e di inserimento.

La qualità dei servizi offerti in sanità, nonché alla crescita delle competenze professionali del personale sanitario, si basano sulla misurazione e la valutazione della performance¹⁰⁷.

¹⁰⁵ La valutazione delle risorse umane è un tema importante per le aziende sanitarie poiché consente di agire sul patrimonio più importante per la vita e lo sviluppo delle aziende, le persone. Il termine valutazione significa “attribuire valore” e consente di riconoscere il valore, il contributo che la persona dà o potrebbe dare, nell'affrontare una determinata attività. È necessario definire uno “strumento di misurazione” idoneo per la comparazione tra le posizioni investigate, in quanto questo termine esprime un concetto dinamico (e viene espresso in termini numerici). BONTI M., CAVALIERE V., CORI E., “*Lineamenti di organizzazione aziendale*”, Milano, Egea S.p.A., 2020, pag. 166

¹⁰⁶ CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 480.

¹⁰⁷ <https://web.camera.it/parlam/leggi/deleghe/09150dl.htm>

Tramite il “Piano delle performance” è prevista una valutazione dell’efficienza dell’organizzazione e di ciascuna struttura interna dell’azienda, ma anche di tutto il personale dirigente e non. Tutto questo nell’ottica di riconoscere il merito delle persone che con il loro lavoro contribuiscono a realizzare elevati livelli di efficienza. A seguito del suddetto Decreto, molte aziende sanitarie si sono attivate per realizzare un percorso sistematico di valutazione delle risorse.

La valutazione in campo sanitario è complicata dal fatto che, mentre è relativamente facile stabilire criteri e standard di prestazione oggettivi e misurabili per valutare attività di produzione, è difficile fare altrettanto per le attività di servizi che si caratterizzano, tra le altre cose, dell’intangibilità del prodotto finale.

Per queste ed altre ragioni, in numerose organizzazioni sanitarie, pubbliche e private, non si effettua una valutazione sistematica che abbia per oggetto la posizione, le competenze, le prestazioni e il potenziale degli operatori. Questo non significa che in tali organizzazioni non si valuti ma che le decisioni vengono comunque prese in base a giudizi e scelte, senza un sistema valutativo programmato, formale e basato su principi precisi e conosciuti. Si finisce per applicare impropriamente criteri rigidi (come la sola anzianità di servizio) o per valutare sulla base di sensazioni, pregiudizi e aspetti facilmente qualificabili come discutibili.

È intuibile che ci sia una valutazione di tipo formale e una di tipo informale¹⁰⁸.

Valutazione formalizzata	Valutazione non formalizzata
Usa modalità soggettive	Usa un metodo e degli strumenti
È casuale e saltuaria	È periodica e continua
Usa criteri disomogenei	Usa criteri omogenei
Si presta a molte distorsioni	Riduce la possibilità di distorsioni
Produce risultati che non si possono sistematizzare	Favorisce un utilizzo razionale dei risultati

3.6 Il controllo della qualità

Nel precedente paragrafo si è fatto un accenno circa l'importanza dell'erogazione di servizi sanitari di qualità. In questo paragrafo, dunque, verrà data una definizione sul concetto di qualità (soprattutto in sanità in base a tre punti di vista che sono professionale, gestionale e quella percepita dall'utente), controllo e miglioramento della stessa.

La qualità in sanità riguarda un insieme di aspetti del servizio che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure e va perseguita attraverso la realizzazione di una serie articolata di obiettivi, dalla

¹⁰⁸ CALAMANDREI C., “*Manuale di management per le professioni sanitarie*”, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 482.

efficacia clinica, alla competenza professionale tecnica, all'efficienza gestionale, l'equità degli accessi, alla appropriatezza dei percorsi terapeutici¹⁰⁹.

La definizione del concetto di qualità è correlata alle attese e alle aspettative delle diverse categorie di soggetti coinvolti, andando così a creare tre diverse dimensioni della qualità¹¹⁰:

- *Qualità professionale*: intesa come valorizzazione ed implementazione dell'attività del professionista nel raggiungimento di obiettivi predefiniti. Si colloca in tale ambito l'applicazione di tecniche di verifica e revisione della qualità (Vrq) e di Miglioramento continuo della qualità (Mcq). Si integra in queste impostazioni anche l'utilizzo di metodologie basate sulla Evidence Based Medicine (EBM)¹¹¹ ed altri strumenti legati alla ricerca ed applicazione di metodologie basate su protocolli e linee guida;

¹⁰⁹ BARAGHINI G., MOLINARI R., ROLI L., TREVISANI B., "Un ufficio qualità in ogni ospedale. Obiettivi, strategie, competenze, risorse, errori da evitare.", Milano, FrancoAngeli, 2003, pag 63.

¹¹⁰ VIGNATI E., BRUNO P., "*Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione*", Milano, Franco Angeli, 2002, pag. 127.

¹¹¹ o *Medicina Basata sull'Evidenza*, sulle prove. È un approccio che porta immediatamente al letto del malato i risultati della ricerca scientifica mondiale e fornisce, in breve tempo, al medico tutte le informazioni che gli sono necessarie per formulare la prognosi e assumere decisioni di ordine diagnostico e terapeutico. È, quindi, un nuovo strumento di informazione nell'assistenza sanitaria: un processo di autoapprendimento in cui l'assistenza al paziente individuale stimola la ricerca dalla letteratura biomedica di informazioni clinicamente rilevanti, diagnostiche, prognostiche, terapeutiche o relative ad altri aspetti della pratica clinica.

L'approccio EBM si può sintetizzare come un modello a cinque fasi:

1. porre domande cliniche cui si può rispondere;
2. cercare le prove;
3. valutare criticamente le prove per la loro validità e utilità;
4. prendere una decisione, integrando le prove con la propria competenza clinica e con i valori del paziente;
5. valutare ciò che si è fatto.

POMPONIO A., MORLIDORI L., FRATINI M., NATALINI M., "*Risorse internet per la medicina basata sulle evidenze*", Torino, Centro Scientifico Editore, 2000, pagg. 3-8.

- *Qualità manageriale o gestionale*: la ricerca di un servizio di buona qualità utilizzando al meglio le risorse disponibili. In tale contesto si parla di *qualità gestionale* collegata ad aspetti organizzativi, a cui si può associare un sistema di gestione della qualità in accordo alle norme Iso 9000¹¹². La qualità consente di poter verificare che le attività siano svolte secondo i piani con l'uso di risorse previste, le aziende sanitarie hanno istituito il controllo di gestione e messo in atto, in molti casi il processo di budget. A questi strumenti tradizionali si affiancano strumenti come la BSC e la valutazione dei processi;

- *Qualità percepita* (soddisfazione del cliente): riguarda la soddisfazione dell'utente. Si deve però tener presente che, in campo sanitario, tale soddisfazione in merito alla prestazione ricevuta, non è sufficiente per valutare la qualità professionale in quanto l'utente non è un esperto e sulla sua percezione di qualità degli interventi incidono fattori legati al tempo (liste e file di attesa, puntualità), aspetti legati all'informazione relativa al

¹¹² La certificazione si può definire come un atto formale di riconoscimento da parte di un Ente esterno in grado di attestare che l'azienda mette in atto attività pianificate e documentate per garantire che i propri servizi siano concepiti, sviluppati e forniti secondo standard stabiliti. Le norme della serie Uni EN Iso 9000 sono attualmente un riferimento importante per il settore sanitario, in particolare per le strutture sanitarie che intendono assicurare la qualità del servizio erogato, attraverso il processo di certificazione International Organization for standardization (Iso). Iso è l'Ente di valenza internazionale che ha la responsabilità di emettere la normativa Iso 9000, che a sua volta è recepita a livello europeo dal Comitato europeo di normazione (EN) ed in Italia dall'Ente italiano di unificazione (Uni). In sintesi, le norme siglate Uni EN Iso 9000 indicano la validità della norma a livello italiano (Uni), europeo (EN) e mondiale (Iso). La certificazione viene rilasciata da organismi denominati "organismi di certificazione". Affinché la certificazione sia valida occorre che l'organismo di certificazione dimostri la dovuta competenza ed indipendenza di giudizio, derivante dall'essere a sua volta accreditato presso l'Ente riconosciuto a livello nazionale per la regolamentazione ed il controllo di tale attività. La certificazione, ed il valore di un certificato, dipendono dalla capacità dell'azienda sanitaria di lavorare in modo corretto, dalla capacità di dimostrarlo e di ottenere la fiducia dell'utente. VIGNATI E., BRUNO P., "*Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione*", Milano, Franco Angeli, 2002, pagg. 131 - 132.

trattamento sanitario (comprensibilità, chiarezza), aspetti legati all'orientamento e accoglienza nella struttura (es. segnaletica), aspetti legati alle relazioni sociali e umane (capacità di rassicurazione, cortesia,...)¹¹³. In questo ambito si collocano i modelli di Customer Satisfaction e di Analisi percepita della qualità (Apq) che chiamano al confronto il responsabile della struttura sanitaria, gli utenti e i professionisti sanitari.

La qualità, in sintesi, è il grado di miglioramento di salute e di soddisfazione dei cittadini-utenti, entro i vincoli normativi ed economici e un'assistenza qualitativamente corretta è costituita da diversi aspetti¹¹⁴:

- Efficacia degli interventi curativi (dimostrata capacità di produrre assistenza a livelli ottimali di qualità);
- Efficienza organizzativa (miglior rapporto costi/benefici);
- Accessibilità delle cure (analisi delle liste di attesa per rendere i servizi disponibili agli utenti che ne hanno necessità);
- Accettabilità per il paziente (obbligo etico del consenso informato perché vi sia coerenza con i principi morali validi a livello sociale);
- Appropriatezza dell'atto sanitario (grado di congruenza tra gli interventi ritenuti indicati nei casi e quelli effettivamente realizzati);
- Continuità dell'assistenza;
- Prevenzione del rischio.

¹¹³ CALAMANDREI C., *“Manuale di management per le professioni sanitarie”*, Milano, McGraw-Hill Education, 2015, pag. 631.

¹¹⁴ VIGNATI E., BRUNO P., *“Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione”*, Milano, Franco Angeli, 2002, pag. 128.

La qualità ha molti aspetti che vengono definiti “assi della qualità” e sono¹¹⁵:

- Struttura: comprende le risorse (come operatori e la loro qualifica) e l’organizzazione di tali risorse che consentono il funzionamento dei Servizi Sanitari;
- Processo: riguarda il comportamento degli operatori che può essere diviso in: volume di prestazioni, tempestività della risposta alla domanda, appropriatezza organizzativa, correttezza tecnica nell'erogazione delle prestazioni, processi di formazione del personale;
- Risultato: può essere finale e intermedio. Un risultato molto importante nelle aziende sanitarie è rappresentato dalla soddisfazione degli utenti. La capacità di un intervento di migliorare i risultati di una determinata condizione dell'utente è detta efficacia.

Altri assi: costi, soddisfazione degli operatori, accessibilità e sicurezza. Il **controllo qualità** determina il livello di qualità di un prodotto, tramite prove per evitare prodotti difettosi, in un'ottica essenzialmente correttiva. Il controllo qualità è stato inizialmente applicato al prodotto finito e successivamente esteso alle varie fasi del processo produttivo¹¹⁶.

Per ottenere un processo di qualità, occorre analizzare le tre dimensioni tramite una rete circolare che riesca a valutare gli esiti, modificare i processi e a variare anche la struttura che genera il tutto¹¹⁷.

¹¹⁵ Per maggiori approfondimenti circa la valutazione della qualità e formazione del personale si rimanda al libro: PANELLA L., MOROSINI P., “Manuale di accreditamento Volontario tra pari”, Torino, Centro Scientifico Editore, 2001, pagg. 29-37.

¹¹⁶ VIGNATI E., BRUNO P., “*Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione*”, Milano, Franco Angeli, 2002, pag. 129

¹¹⁷ Vedi figura 1. Il sistema dinamico di valutazione della qualità dei servizi sanitari in CORPOSANTO C., *La valutazione della qualità in sanità. Alcune riflessioni teoriche.*, “Diseda Sociale”, n. 1-2, 2006, pag. 13.

Il coinvolgimento degli operatori è tipico di questa metodologia che richiede loro di contribuire all'identificazione delle cause di variazione ed alla pianificazione di cambiamenti nel contesto della pratica lavorativa.

In ambito sanitario consiste essenzialmente in un processo volto a misurare il livello qualitativo delle cure mediche, identificare gli eventuali problemi esistenti, disegnare le attività capaci di risolverli, verificare nel tempo che le azioni correttive siano efficaci. Questa metodologia tende al **Miglioramento della qualità** (Mcq) in un ciclo continuo e vede nella revisione e valutazione delle attività sanitarie i propri principali strumenti operativi: un'attività volta al miglioramento continuo.

Il **Total quality management** (Tqm) prevede il superamento dei concetti di qualità del servizio, di qualità del sistema, per raggiungere al controllo degli aspetti organizzativi, dei rapporti con l'utente e alla valutazione della competitività operata attraverso tecniche di benchmarking¹¹⁸.

Il Tqm può essere interpretato come un modo di governo, di un'organizzazione, incentrato sulla qualità e basato sulla partecipazione attiva di tutti i suoi membri. Si tratta di un metodo che punta al successo a lungo termine, attraverso la soddisfazione dell'utente e che porta benefici a tutti i membri dell'organizzazione e per la collettività. È un modo per organizzare e coinvolgere l'intera organizzazione che, se vuole essere veramente efficace, deve far sì che tutte le parti che la compongono si muovano in modo appropriato e coerente, riconoscendo che ogni persona ed ogni attività influenzano e sono influenzate le une dalle altre.

¹¹⁸ Nel linguaggio aziendale e finanziario, attività continua di ricerca, misurazione e raffronto dei prodotti, processi, servizi, prassi, procedure e operazioni di una ditta con quelli che altre aziende hanno sviluppato, allo scopo di ottenere risultati eccellenti, finalizzati al miglioramento delle proprie prestazioni aziendali e per rendere evidente l'efficacia di determinati investimenti. benchmarking in Vocabolario - Treccani

Nella gestione dei processi l'approccio operativo suggerito dalle logiche fondate sul Tqm corrisponde all'utilizzo del **modello Plain-do-check-act (PDCA o Ruota di Deming)**.

Il ciclo è strettamente associato alla pianificazione, attuazione, controllo e miglioramento continuo dei processi. Il miglioramento continuo di un processo può essere raggiunto adottando i concetti del ciclo PDCA ad ogni livello dell'organizzazione¹¹⁹.

Il ciclo prevede:

- 1) *Plain - Pianificare*: scelta del problema, definizione dei criteri e indicatori, progettazione ed effettuazione dello studio, analisi approfondita delle cause;
- 2) *Do - Fare*: l'intervento pianificato è messo in atto in via sperimentale;
- 3) *Check – Verificare i risultati*: si verifica e si misura se l'intervento ha avuto successo e in caso positivo si passa alla fase successiva;
- 4) *Act - Agire*: estensione e generalizzazione dell'intervento. Messa a punto della modifica nell'organizzazione.

Se i risultati sono soddisfacenti si può decidere se affrontare altri problemi di qualità con i medesimi criteri e la medesima metodologia¹²⁰.

¹¹⁹ VIGNATI E., BRUNO P., “*Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione*”, Milano, Franco Angeli, 2002, pagg. 126 - 131.

¹²⁰ Per maggior approfondimenti circa il ciclo PDCA e sulla valutazione della qualità nei servizi si rimanda all'articolo Il sistema dinamico di valutazione della qualità dei servizi sanitari in CORPOSANTO C., *La valutazione della qualità in sanità. Alcune riflessioni teoriche.*, “Difesa Sociale”, n. 1-2, 2006, dalla pag. 15.

CAPITOLO 4 - LA REGIONE MARCHE E UN ESEMPIO DI STRUTTURA ACCREDITATA NEL PERIODO PANDEMICO (SARS-COV-2)

Nelle aziende il valore delle risorse umane è fondamentale per raggiungere i propri obiettivi e per essere competitivi nel mercato. Ecco perché è importante mantenere un elevato sviluppo delle conoscenze e competenze (grazie a una formazione continua) del personale, per poterlo valorizzare e renderlo concorrenziale. Questo si afferma progressivamente anche con l'evoluzione dei sistemi di management, che vedono nelle risorse umane, fattore basilare per lo sviluppo. Questo è tanto più vero nelle organizzazioni professionali, come quelle sanitarie, dove il personale è il fattore principale non solo dal punto di vista quantitativo ma anche qualitativo. Il continuo mantenimento e sviluppo delle conoscenze e delle competenze attraverso percorsi formativi ricorrenti (formazione continua) e anche di carattere più strategico, incide sulla qualità del servizio e sulla capacità dell'azienda sanitaria di seguire i propri percorsi strategici e quindi anche di riorientarli, in caso di loro modifica.¹²¹ Gli stessi sistemi di management e di misurazione delle performance

¹²¹ Esempi di modelli che descrivono l'importanza delle risorse umane e soprattutto della formazione professionale per valorizzare il ruolo che queste hanno in una azienda sono:

- La *Balanced Scorecard (BSC)*: ha come obiettivo la soddisfazione dei clienti (Customer Satisfaction e lo raggiunge tramite il miglioramento continuo della qualità (qualità professionale nella prospettiva definita "Learning and growth"); Norton e Kaplan 1992. FRITTOLI G, MANCINI M., "Balanced Scorecard e aziende sanitarie", Mecosan, n. 49, 2004, pag 22. Per maggior approfondimenti circa la BSC si rimanda anche al libro: VIGNATI E., BRUNO P., "Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione.", Milano, FrancoAngeli, 2003, pagg. 9, 22-56.
- Il *modello Intangible Asset Monitor (IAM)* focalizza maggiormente l'attenzione sul capitale intangibile (intangible asset) e suddivide l'azienda in indicatori di valore contabili e capitale intangibile. Nella situazione in analisi, l'area dell'intangibile ha, tra i vari indicatori, quello

evidenziano la relazione causale esistente tra le iniziative intraprese in termini di sviluppo delle risorse umane e gli effetti che si verificano nel miglioramento del funzionamento delle aziende, che si esplicita nella soddisfazione dei destinatari dei propri output e quindi come impatto sui risultati economico-finanziari.

L'obbligatorietà alla formazione dei professionisti della salute è stata ribadita con l'attivazione del programma Educazione Continua in Medicina (ECM), considerando la formazione continua come requisito essenziale per il corretto esercizio professionale di ciascun operatore sanitario, voi una responsabilità nei confronti dei cittadini¹²².

Un passaggio fondamentale è l'accreditamento dei "Provider" (organizzatori e produttori di formazione ECM), che si basa sul possesso di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative per l'ECM. Aziende sanitarie ed erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati sono obbligati ad accreditarsi presso la regione di residenza¹²³.

Le Regioni adottano delle Linee Guida per l'indirizzo della definizione dei Piani Formativi che le aziende debbono recepire nella formalizzazione delle attività

di crescita (grow). La competenza individuale riguarda la capacità delle persone e include formazione, esperienza, valori organizzativi. Le persone, quindi, rafforzano la struttura esterna (lavorando con i clienti/pazienti), che è composto dall'insieme delle relazioni con i pazienti che usufruiscono di un servizio. Per maggior approfondimenti si rimanda al libro: CUGINI A., DOSSI A., GHEZZI L., DERCHI G.B., *“Strategia, azioni, misure. Modelli di successo di performance management per le imprese italiane”*, Milano, Egea s.p.a, 2016

¹²² GHISLANDI P. (a cura di), *“Comunità di pratica per l'educazione continua in sanità. Contributi al dibattito”*, Erickson, 2011, pag. 45.

¹²³ GIORGETTI R., *“Legislazione e organizzazione del servizio sanitario”*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2010, pag. 137.

formative per gli ECM, indirizzi normalmente contenuti nel Piano Sanitario Regionale¹²⁴. Tutti i programmi di formazione devono iniziare con un'analisi dei bisogni sia di un'azienda che del contesto dove l'azienda si colloca (e quindi della popolazione), al fine di migliorare la qualità del servizio¹²⁵.

Le aziende sanitarie possono fare della formazione sul campo uno strumento di notevole efficacia: formarsi sul campo vuol dire imparare dal quotidiano operativo, valutarlo, modificarlo, sperimentarlo¹²⁶. Significa considerare i problemi di lavoro come opportunità per imparare dal fare. Il monitoraggio attento e sistematico dei processi, attuato sul campo con la partecipazione dei professionisti, può contribuire a realizzare quel miglioramento continuo della qualità dei servizi¹²⁷.

Senza formazione e aggiornamento professionale, quindi, qualsiasi operatore sanitario, non potrebbe fare bene il suo lavoro, collegato dal fatto che la principale fonte del valore competitivo di un'azienda.

In questo capitolo si vuole osservare, quindi più nello specifico come, nel sistema sanitario, sia importante il ruolo della Regione tramite la definizione degli obiettivi descritti nel Piano Sanitario Regionale, in particolar modo della Regione Marche, quanto sia decisiva la collaborazione tra sanità pubblica e privata e l'importanza dell'accreditamento per la formazione in sanità.

¹²⁴ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato267186.pdf>

¹²⁵ COSTANZI C., *“Introduzione all'analisi dei servizi e degli interventi in ambito sociale”*, Milano, FrancoAngeli, 2006, pag. 132.

¹²⁶ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1983_allegato.pdf

¹²⁷ <https://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Cap2-Indicatori.pdf>

Inoltre, si è già parlato nel secondo capitolo, delle aziende sanitarie e che queste, per poter produrre un servizio adeguato, hanno bisogno di personale sanitario qualificato. Per essere tale è necessario che il capitale umano sia formato e continuamente aggiornato, in relazione alle necessità territoriali.

Se c'è una cosa che ci ha insegnato questa pandemia, infatti, è che la formazione e l'aggiornamento continuo rappresentano i primi e più importanti pilastri per l'attività di ogni professionista sanitario: sono il modo migliore con cui i professionisti sanitari offrono a tutti i pazienti cure di qualità. Una continuità che si esprime con il potenziare metodologie presenti ma mai fino ad oggi utilizzate per poterla trasmettere, come quella della formazione a distanza o incrementando l'innovazione, favorendo lo sviluppo di una reputazione positiva dell'azienda¹²⁸

L'evoluzione delle conoscenze sul virus Sars-Cov-2 ha portato a creare in tempi rapidissimi nuove armi contro il virus e, in generale, a migliorare il modo con cui può essere contrastato.

La formazione del personale, in alcune aziende è considerata il miglior investimento nella gestione delle risorse umane¹²⁹.

¹²⁸ NOE R., HOLLENBECK J., GERHATY B., WRIGHT P., “*Gestione delle risorse umane*”, Milano, Apogeo, 2006, pag. 4.

¹²⁹ FISCHETTI A. (a cura di): “*La gestione delle risorse umane. Processi e Strumenti.*”, Milano, Alpha Test S.r.l., 2007, pag 237.

4.1. La Regione Marche

Nel primo capitolo è stato descritto il ruolo centrale della Regione nei processi di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari ai cittadini, attraverso il SSR¹³⁰, il quale salvaguarda i principi di solidarietà, equità e universalità.

La regionalizzazione del SSN, iniziata con le riforme del 1992 e del 1993 e rafforzate con il D.Lgs 56/2000, ha portato quello regionale ad essere il livello di governo più direttamente responsabile all'assistenza sanitaria pubblica assicurata ai cittadini.

¹³⁰ I modelli organizzativi attualmente in uso nei diversi SSR sono:

- Modello *terzo pagatore* o *“lombardo”*: come dice il nome stesso è tipico della Regione Lombardia ed è caratterizzato dalla competizione delle strutture offerenti e dalla libertà del paziente di scegliere tra i fornitori accreditati oltre al fatto che il paziente stesso è tenuto a pagare solo la quota di compartecipazione della spesa, laddove prevista;
- Modello *programmatore* o *“toscano”*: è utilizzato per la maggior parte delle Regioni. La Regione assume il ruolo di regolatore del mercato. Le strutture private integrano le prestazioni delle ASL. Ogni azienda ha il pieno governo dell'offerta e dovrebbe essere in grado di governare la domanda. In questo sistema ha un certo significato il governo della domanda
- Modello *“sponsor”*: vengono selezionate le aziende accreditate con il miglior rapporto qualità-prezzo, la libertà di scelta del paziente è piuttosto limitata e la concorrenza tra gli erogatori è molto forte per via della riconferma della contrattazione;
- Modello *“classico”*: originariamente utilizzato per tutte le Regioni, tranne per la Lombardia. L'ASL fornisce e finanzia tutte le prestazioni ospedaliere;
- Modello *“marchigiano”*: utilizzato dalla Regione Marche e Molise. Le Marche erano suddivise in tredici ASL (e strutturate secondo il modello classico). Dal 2003 sono state fuse in una Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), suddivisa al suo interno da tredici Zone Territoriali, di recente raggruppate in cinque Aree Vaste, ognuna dotata di autonomia gestionale e tecnico-professionale. Ogni Zona territoriale gestisce direttamente un presidio ospedaliero, mentre le Aziende Ospedaliere sono state ridotte a due (Ancona e Pesaro).

Per maggior approfondimenti si rimanda ai libri di testo: RUSSO S., “Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche. Profili evolutivi, assetto istituzionale e performance”, Assago, CEDAM, 2012, pagg. 27-30; MARINO' L., “La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali. Concetti, modelli, decisioni.”, Torino, G. Giappichelli Editore, 2000, pag. 154.

La legge regionale del 20 giugno 2003, n. 13 (“Riorganizzazione del servizio sanitario regionale”), ha riorganizzato il sistema sanitario della Regione Marche e sono stati disciplinati seguenti Enti del SSR:

- L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) con sede in Ancona;
- L'azienda ospedaliera universitaria “Ospedali Riuniti Umberto I – GM Lancisi”, con sede in Ancona;
- L'azienda ospedaliera Marche Nord, con sede a Pesaro;
- L'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA) di Ancona.

ASUR è nata dopo l'entrata in vigore della legge di riorganizzazione ed ha funzione di programmazione, coordinamento e controllo a livello centralizzato dell'attività aziendale e di Area Vasta, nel rispetto degli obiettivi e delle direttive impartite dalla giunta regionale.

Il compito dell'ASUR è quello di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei LEA e l'equo accesso ai servizi.

L'ASUR comprende i seguenti territori:

- Area Vasta Territoriale n. 1: Pesaro, Urbino, Fano;
- Area Vasta Territoriale n. 2: Ancona, Senigallia, Jesi, Fabriano;
- Area Vasta Territoriale n. 3: Civitanova Marche, Macerata, Camerino;
- Area Vasta Territoriale n. 4: Fermo;
- Area Vasta Territoriale n. 5: San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno.

Compiti delle Aree Vaste sono, ad esempio, la definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla pianificazione aziendale, la gestione delle

risorse strumentali dei servizi sanitari di area vasta nel rispetto degli indirizzi dell'ASUR e l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali¹³¹.

Il modello della attuale sanità è quello “*ospedalocentrico*”¹³², basato sulla centralità dell'ospedale quale perno e asse portante del sistema sanitario. In una società che si è modificata nel tempo, rappresentata da persone anziane, con alto tasso di cronicità o, in caso di emergenze come quella di una epidemia, questo modello deve essere superato a favore di un riequilibrio centrato sul territorio, sull'assistenza primaria, sulla continuità fra medicina generale e medicina specialistica.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale della Regione Marche delinea la cornice normativa, i principali obiettivi strategici e gli strumenti con cui raggiungerli e l'indicazione di una prima serie di concreti obiettivi specifici.

La legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 “*Riordino del servizio sanitario regionale*”¹³³ delinea contenuti e obiettivi del PSSR delle Marche e, in coerenza con le indicazioni del PSN, definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale, i modelli organizzativi e gli standard dei servizi garantendo omogeneità di trattamento dei cittadini su tutto il territorio regionale.

Il PSSR si colloca, quindi, all'interno di un ambito normativo di riferimento costituito dalle indicazioni nazionali e in continuità con gli atti programmatori e di indirizzo stabiliti a livello regionale¹³⁴.

¹³¹

https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/leggi/dettaglio.php?arc=vig&idl=1403#art1

¹³² VICARELLI G. E GIARELLI G. (A cura di), “*Il Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*”, Milano, FrancoAngeli, 2021, pag.122.

¹³³ https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/leggi/dettaglio.php?idl=1127

¹³⁴ <https://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Piano-Socio-Sanitario-Regionale>

Tra gli obiettivi strategici del piano si trova quello dello sviluppo, della qualità e dell'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, garantisce la risposta adeguata, nel posto adeguato ed al momento giusto per ogni necessità sanitaria e sociosanitaria di acuzie, post-acuzie e cronicità che si esprime per ogni esigenza di natura sanitaria e /o sociosanitaria e che va considerata anche se rappresenta bisogni inespressi, sempre nell'uso efficiente delle risorse disponibili (anche quelle umane) e grazie anche al rapporto con il privato accreditato¹³⁵. È importante che gli operatori siano formati sulle modalità di gestione e sul corretto utilizzo delle risorse disponibili.

4.2.L'Accreditamento delle strutture formative e formazione professionale

L'accREDITAMENTO delle strutture formative risponde all'esigenza di garantire l'efficacia delle attività svolte in un settore strategico e fortemente coinvolto nelle dinamiche delle politiche attive del lavoro¹³⁶.

Grazie alle accademie aziendali, la formazione non è più intesa come catalogo di corsi prevalentemente incentrati sulla formazione obbligatoria (es. sulla salute sulla sicurezza dei laboratori prevista dal D.Lgs. 81/2008), ma come un luogo finalizzato alla produzione e condivisione continua della conoscenza. Ciò che rende però

¹³⁵La legge regionale 21/2016 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali pubblici e privati”, ha rivisto i requisiti autorizzativi e di accreditamento.
https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/leggi/dettaglio.php?idl=1934

¹³⁶ <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative>

l'Academy una vera innovazione rispetto al passato è data dal fatto che questa contribuisce a creare valore e occupabilità.

Le Academy sono unità organizzative dedicate alla formazione, all'aggiornamento, sviluppo e condivisione di know-how (ovvero le competenze) tecnico, professionale specialistico sia per collaboratori ma anche per partner dell'impresa¹³⁷. Rappresentano una delle novità più interessanti per le aziende che vogliono creare una propria struttura interna (che selezioni e cresca il personale interno con le dovute competenze, rafforzando l'attaccamento verso la stessa) in quanto si tratta di una risposta pratica e concreta al bisogno di formazione. Alcune di queste accademie aziendali hanno poi deciso di aprirsi verso l'esterno.

Ogni Academy deve individuare e regolamentare i propri processi, definendo in autonomia il modello organizzativo reputato più opportuno che la Regione Marche ha individuato tramite il sistema di accreditamento delle strutture formative regionali (scuole enti, centri impiego e università) e al quale le Academy fanno riferimento. Lo standard minimo del modello di Academy prevede la presenza del proprio organigramma in possesso di specifiche competenze, un insieme di requisiti giuridici e di processo afferenti all'organizzazione dei servizi formativi. La qualità di un servizio formativo dipende da tutti i processi messi in atto per concepirlo,

¹³⁷ Si possono identificare due tipologie di Academy:

- Interna, se è orientato allo sviluppo delle competenze dei collaboratori interni all'azienda;
- Esterna, se si apre anche alla formazione di clienti, fornitori e partner tecnici esterni all'organizzazione stessa.

https://www.regione.marche.it/Portals/0/Lavoro_Formazione_Professionale/Accreditamento/254_2019%20Academy%20aziendali/DGR%20254-2019.pdf?ver=2019-03-26-115006-663

progettarlo ed erogarlo. I processi cruciali del percorso di apprendimento in Academy sono pertanto i seguenti¹³⁸:

- Analisi dei fabbisogni
- Progettazione formativa
- Gestione del processo formativo
- Pianificazione e rendicontazione delle risorse
- Monitoraggio e valutazione dei risultati

L'obiettivo dell'accademia aziendale è quello di garantire lo sviluppo del capitale umano attraverso progetti, contenuti e modalità formative diversificate principalmente in tre macroaree: formazione di mestiere, formazione di vendita e formazione manageriale.

Le fonti di finanziamento possono essere: risorse proprie dell'azienda, fondi interprofessionali, fondo sociale europeo (FSE).

Il rapporto delle Academy con l'accreditamento regionale è descritto dal fatto che i soggetti pubblici o privati che intendono erogare attività di formazione professionale finanziate con risorse pubbliche sono soggette all'**obbligo di accreditamento**¹³⁹. Ogni struttura formativa interessata richiede alla Regione

¹³⁸ <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Comunicati/id/27752/p/1/ACADEMY-AZIENDALI-PER-LA-FORMAZIONE-APPROVATI-I-CRITERI-PER-IL-RICONOSCIMENTO>

¹³⁹ L'accreditamento è l'atto con cui la Regione Marche riconosce l'idoneità di soggetti pubblici e privati, con sedi operative presenti sul territorio regionale ed in possesso dei requisiti definiti dalla normativa vigente, per realizzare formazione professionale finanziata con risorse pubbliche. La procedura di accreditamento regionale è finalizzata allo sviluppo di standard di qualità nel sistema di formazione professionale con garanzie preventive sulle capacità organizzative e gestionali dei soggetti attuatori, attraverso le quali viene riconosciuta agli stessi l'idoneità alla realizzazione degli interventi formativi. <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Presentazione>

Marche l'avvio della **procedura di accreditamento utilizzando una specifica modulistica**¹⁴⁰ appositamente predisposta ed allegando la documentazione da questa prevista, inviati per via telematica.

Di notevole rilevanza assume, inoltre, l'aspetto della gestione sistematica della **qualità**, ovvero il controllo costante della qualità di tutti i fattori che concorrono alla realizzazione dell'intervento formativo¹⁴¹.

Le sedi formative che risultano essere in possesso dei **requisiti stabiliti**¹⁴² dalle disposizioni vigenti vengono accreditate e iscritte nell' Elenco Regionale delle Sedi Formative Accreditate che viene periodicamente aggiornato.

¹⁴⁰ D.D.P.F. n. 918 del 10/06/2019 - Approvazione della modulistica ai fini del riconoscimento/accreditamento delle Academy Aziendali:
<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Normativa>

¹⁴¹
https://www.regione.marche.it/Portals/0/Lavoro_Formazione_Professionale/Accreditamento/254_2019%20Academy%20aziendali/DGR%20254-2019.pdf?ver=2019-03-26-115006-663&ver=2019-03-26-115006-663

¹⁴² I requisiti minimi di accreditamento relativi a:

- Presenza ed utilizzo di *dispositivi di rete* R8
- *Attenzione* dell'organismo al *contesto di riferimento* R9
- Garanzia di *qualità* del processo di progettazione R20

Per approfondimento sui requisiti e documenti si rimanda al documento: “DISPOSITIVO DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE FORMATIVE DELLA REGIONE MARCHE”
DGR n. 62/2001 - Regolamento istitutivo del dispositivo di accreditamento
<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Normativa>

I requisiti fondamentali d’ingresso al riconoscimento/accreditamento delle Academy aziendali che vogliono candidarsi alla **realizzazione di attività formative** finanziate con risorse pubbliche sopra descritte sono rappresentati da¹⁴³:

- Presenza della *finalità* “formazione professionale” tra gli scopi dell'azienda in cui è fondata l’Academy aziendale;
- *Disponibilità* di una struttura attrezzata dedicata per le attività da realizzare in aula;
- Presenza di *risorse umane* possesso di competenze specialistiche nella gestione dei processi formativi;
- *Contabilità per centri di costo*.

I soggetti accreditati sono sottoposti a verifica annualmente, andando a verificare il mantenimento dei requisiti minimi¹⁴⁴.

¹⁴³

https://www.regione.marche.it/Portals/0/Lavoro_Formazione_Professionale/Accreditamento/254_2019%20Academy%20aziendali/DGR%20254-2019.pdf?ver=2019-03-26-115006-663&ver=2019-03-26-115006-663

¹⁴⁴ [D.D.P.F. 332 del 13/03/2019 - Criteri e modalità per la verifica a campione - anno 2019](https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Documenti)
<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Documenti>

I requisiti che il provider¹⁴⁵ deve possedere per ottenere e mantenere l'accreditamento riguardano¹⁴⁶:

- Le *caratteristiche* del soggetto richiedente;
- L'*organizzazione* generale e le risorse;
- La *qualità* dell'offerta formativa e la gestione del miglioramento della qualità;
- L'*assenza di conflitto di interesse*.

4.3. La Regione Marche e le strutture private accreditate in pandemia

L'anno 2020 è iniziato con l'annuncio dell'OMS in marzo, che ha confermato una **pandemia**, tuttora in corso, dovuta alla diffusione a livello mondiale di un nuovo virus chiamato Covid-19¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Il provider ECM è un ente qualificato nell'Educazione Continua in Medicina e pertanto abilitato sia all'organizzazione di attività formative adeguate che al rilascio di crediti ECM. I provider possono essere accreditati a livello nazionale o regionale. I crediti rilasciati da provider accreditati a livello regionale hanno tuttavia valore nazionale ma i partecipanti dovranno comunque appartenere alla determinata Regione di interesse.

L'accreditamento di un provider ECM è il riconoscimento da parte di una istituzione pubblica (Commissione Nazionale per la Formazione Continua e Regioni) di un soggetto attivo nel campo della formazione continua in sanità che lo abilita a realizzare attività didattiche per l'ECM e ad assegnare direttamente crediti ai partecipanti.

L'accreditamento si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative per l'ECM.

L'accreditamento viene rilasciato da un solo Ente accreditatore a seguito della verifica del possesso a livello almeno accettabile di tutti i requisiti minimi previsti secondo standard definiti.

<https://www.educazionecontinua.inmedicina.it/provider-ecm>

¹⁴⁶ https://www.asur.marche.it/documents/20182/304861/DGR1501_17.pdf/3bd2177f-e4c6-475b-b885-7d45a6f005bd

¹⁴⁷ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2#:~:text=L'11%20marzo%202020%2C%201.pu%C3%B2%20essere%20considerata%20una%20pandemia.>

Questo evento eccezionale ha condizionato molto il **settore sanitario** nel corso dell'anno 2020, creando una forte discontinuità nelle organizzazioni e nei processi mai sperimentata, a seguito delle misure di contenimento e ai protocolli sanitari molto stringenti che hanno riguardato in particolar modo le strutture sanitarie, riabilitative e sociosanitarie e l'attività ambulatoriale e domiciliare. Le strutture di lungodegenza e riabilitazione hanno visto ridursi anche oltre il 50% l'occupazione dei posti letto per la limitazione degli accessi legati ai protocolli di sicurezza¹⁴⁸ (isolamento in struttura al primo accesso in camera singola, nuclei dedicati a pazienti Covid), una riduzione di pazienti per le cure riabilitative dovuta alla minore attività chirurgica degli ospedali, auto-limitazione degli accessi a seguito della **carenza del personale** medico e socio-sanitario che in alcuni momenti ha reso difficile l'assistenza, timore di pazienti e famigliari di accedere alle strutture e rinvio della cura, aumento dello smart-working con maggior tempo per gestire gli anziani a casa.

Nel corso del primo semestre 2020, nella fase più acuta della pandemia, si è reso necessario ricreare una **nuova collaborazione tra pubblico e privato**, che ha visto gli ospedali privati accreditati e quelli pubblici mettere a disposizione posti letto di terapia intensiva e posti per acuti a beneficio di pazienti Covid.

Le diverse attività sono state riorganizzate concentrando le specialità più rilevanti e urgenti, come oncologia e cardiocirurgia, in ospedali individuati come nuovi hub sia privati che pubblici ove proseguire l'attività non procrastinabile per pazienti non-Covid, sono stati individuati ospedali pubblici ove venivano trattati quasi esclusivamente pazienti Covid. È stato anche chiesto supporto agli operatori di RSA per dedicare reparti o strutture parzialmente vuote o da avviare per venire in

¹⁴⁸ <https://sstefano.it/societ%C3%A0-trasparente>

supporto dell'emergenza e della necessità di posti letto in dimissione. Sono stati inoltre limitati gli accessi all'attività ambulatoriale sia per la cura che per la prevenzione, sono state allungate le liste di attesa, in diversi ospedali pubblici le visite private sono state sospese.

Il **privato accreditato** ha dato, quindi, un **forte supporto al SSN** in questo anno critico, mettendo a disposizione posti letto di medicina generale e di terapia intensiva¹⁴⁹.

Anche la Regione Marche, a seguito dell'emergenza da Covid-19, ha adottato numerosi provvedimenti, tra cui un Piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica (DGR n. 272/2020), successivamente aggiornato (DGR n. 320/2020)¹⁵⁰ per riorganizzare la rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata del SSR e rispondere, in maniera appropriata, alle urgenti e straordinarie necessità assistenziali, sospendendo quelle non urgenti, di ricovero/ambulatoriali.

Le misure sanitarie adottate hanno contribuito ad appiattire la curva epidemica ed a ridurre in maniera significativa l'incidenza di nuovi casi di SARS-COV-2¹⁵¹.

Il mutamento favorevole del quadro epidemiologico ha consentito alla Regione di procedere alla riorganizzazione delle attività ambulatoriali e di ricovero, alla riapertura graduale dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari, fornendo

¹⁴⁹ Il privato accreditato è in crescita soprattutto ove stanno crescendo sempre di più i bisogni legati all'invecchiamento, alla cronicità e alla Long Term Care e dove sono emerse nel 2020 le maggiori criticità.

<https://sstefano.it/societ%C3%A0-trasparente>

¹⁵⁰ <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fprovvedimento&q=110>

¹⁵¹

https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/Accreditamenti/Normativa/Anno2020/DGR_1264_2020%20Al%201.pdf

linee di indirizzo per l'erogazione delle prestazioni in regime residenziale sanitarie e sociosanitarie e sociali nell'area extraospedaliera nel graduale superamento dell'emergenza Covid-19. I servizi riabilitativi privati accreditati sono stati quindi riavviati nella garanzia del massimo rispetto delle norme di sicurezza sancite dalla normativa vigente.

Per supportare il SSR delle Marche nella gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, il Servizio Sanità ha richiesto alle strutture private accreditate la disponibilità ad accogliere pazienti Covid-19 positivi a media/bassa intensità assistenziale. Sono accordi temporanei che termineranno con la risoluzione delle criticità derivanti dall'emergenza epidemiologica da Covid-19 così come definito dalla norma nazionale¹⁵². La richiesta è dettata dalla necessità del territorio regionale di soddisfare le richieste assistenziali derivati dall'emergenza e per consentire la decongestione e la liberazione di posti letto dei presidi ospedalieri pubblici per tutta la durata dell'emergenza epidemiologica.

Per ogni Struttura, sono stati definiti: numero, tipologia dei posti letto messi a disposizione per accogliere i pazienti Covid-19 positivi, le relative tariffe e lo standard assistenziale applicabile.

Le strutture private firmatarie dell'accordo si obbligano a mantenere le disponibilità, riservandosi di valutare eventuali ulteriori riorganizzazioni interne qualora le esigenze assistenziali del territorio marchigiano lo richiedessero, nel rispetto dei protocolli di sicurezza e della normativa vigente in materia di igiene e salute pubblica¹⁵³.

¹⁵²Le strutture private devono mettere a disposizione il personale sanitario in servizio, i locali e le proprie apparecchiature. Per approfondimenti si rimanda al sito:<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg>

¹⁵³

https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/Accreditamenti/Normativa/Anno2020/DGR_1468_2020.docx.pdf

Hanno risposto positivamente alla suddetta richiesta diverse strutture private accreditate del Gruppo KOS Care s.r.l., come l'Istituto Santo Stefano di Porto Potenza Picena¹⁵⁴, che dovranno rispettare tutte le vigenti misure di contrasto, contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19¹⁵⁵, per garantire la piena attuazione della tutela del diritto alla salute della popolazione e dei lavoratori.

4.4. Gli operatori sanitari e la formazione su Covid-19

“A major lesson learned from past emergencies is that even the most qualified personnel require learning and training accompanied by adequate operational support systems to equip themselves for 21st century emergencies.”

(Una lezione importante appresa dalle emergenze passate è che anche il personale più qualificato richiede apprendimento e formazione accompagnati da adeguati sistemi operativi di supporto per attrezzarsi per le emergenze del 21° secolo)¹⁵⁶.

¹⁵⁴ <https://sstefano.it/societ%C3%A0-trasparente>

¹⁵⁵ Per liberare posti letto dalle Rianimazioni ospedaliere pubbliche, il Gruppo Kos s.r.l., presso la struttura Istituto Santo Stefano, ha dato disponibilità nell'accogliere pazienti, sia a liberare ed attrezzare ulteriori trenta posti letto di Riabilitazione Intensiva extraospedaliera. https://www.regione.marche.it/Amministrazione-Trasparente/Strutture-sanitarie-private-accreditate#accordi_covid19

¹⁵⁶ https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+57_2020.pdf/89a7d845-d804-972f-d3ec-2019e9157c64?t=1596035543499

L'emergenza sanitaria di questi tempi ha messo in evidenza come i bisogni degli operatori sanitari non siano limitati alla sola acquisizione di conoscenze clinico-assistenziali per gestire l'infezione da SARS-COV-2, ma siano orientati alla richiesta di esperienze dirette a percorsi di rilettura delle situazioni vissute nel corso della cura. La formazione sanitaria deve essere così orientata alla costruzione di una professionalità riflessiva capace di fare appello ad un esercizio interiore in grado di offrire un modo nuovo di guardare, ascoltare e vivere l'esperienza del prendersi cura¹⁵⁷.

Gli operatori sanitari sono particolarmente a rischio in questa situazione pandemica perché sono più spesso a contatto con i pazienti rispetto al pubblico in generale e, nelle prime fasi dell'epidemia, durante l'assistenza sanitaria, sono venuti a contatto con pazienti portatori del virus senza conoscere il loro stato e senza, quindi, prendere le adeguate misure di protezione individuale¹⁵⁸.

Le insufficienti informazioni sul Covid-19 hanno rappresentato, fin dall'esordio dell'epidemia, una delle principali criticità per la gestione della stessa con la conseguente necessità di avviare in brevissimo tempo canali di comunicazione d'informazione scientifica che rendessero immediatamente fruibili tutte le fonti informative ufficiali e la letteratura scientifica via via disponibili¹⁵⁹

¹⁵⁷ BENINI S., *Orientamenti pedagogici per la formazione e pratica sanitaria dopo la pandemia di Covid-19*, "I fondamenti dell'azione educativa: epistemologie professionali tra passato e futuro", n. 38, 2021, pagg. 136-147.

¹⁵⁸ https://www.iss.it/covid-19-faq/-/asset_publisher/2R1Idyn3MPB6/content/gli-operatori-sanitari-sono-esposti-al-rischio-di-infezione-da-nuovo-coronavirus-sars-cov-2-

¹⁵⁹ https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYZH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-57-2020-formazione-per-la-preparedness-nell-emergenza-covid-19-il-case-report-dell-istituto-superiore-di-sanit%25C3%25A0.-versione-del-31-maggio-2020

In tempi altrettanto brevi si è riconosciuta l'importanza di avviare interventi formativi in ambito nazionale in grado di fornire in modo capillare definizioni e linguaggi comuni per affrontare l'emergenza tramite la formazione specifica sul nuovo Coronavirus 2019 per medici, infermieri e professionisti sanitari.

Infatti, l'ISS ha avviato nel febbraio 2020 la progettazione e la realizzazione di un primo evento formativo e di rilievo nazionale in corso di emergenza sanitaria ed epidemiologica da SARS-COV-2.

Tutti coloro che hanno realizzato “sul campo” le procedure e le indicazioni descritte dall'Istituto Superiore della Sanità, hanno direttamente sperimentato la differenza fra “formazione in emergenza” e “formazione per l'emergenza”. Questa differenza, lontana dall'essere teorica, si è concretizzata nella necessità di rispondere a un bisogno formativo di massa in tempi brevissimi e dai risvolti multi-professionali e multidisciplinari, nonché di gestire l'incertezza di contenuti e procedure, di riorganizzare e ripensare l'intera filiera della formazione già altrimenti consolidata, di rafforzare la comunicazione interna ed esterna secondo parametri di sempre maggior efficacia¹⁶⁰.

Gli interventi formativi, dunque da realizzare, non potevano essere finalizzati unicamente al trasferimento di informazioni, ma dovevano essere in grado di determinare l'adozione di comportamenti di prevenzione e di protezione per un

160

https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5463370?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_redirect=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Frapporti-covid-19%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_cur%3D0%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_assetEntryId%3D5463370

cambiamento su larga scala, sia da parte del personale in ambito sanitario sia da parte degli assistiti, nello spirito dell'”*imparare lavorando*”¹⁶¹.

Le tipologie di formazioni disponibili e realizzabili in tale contesto sono state:

- FAD (a distanza);
- Meeting scientifici e webinar (conferenze da remoto e seminari tramite la rete, erogabile in videoconferenza con o senza streaming);
- Corsi di formazione da remoto (erogabili da remoto in videoconferenza);
- Altri interventi per la formazione, l'aggiornamento e la divulgazione scientifica.

Secondo dati rilevati dall'ISS¹⁶², le maggior tipologie di attività di formazione erogate al 31 maggio 2020 sono state:

Tipologia	N. prodotti	Quantità
Iscrizioni ai Corsi FAD*	14	403.463
Presenze alle riunioni scientifiche	19	13.000
Presenze al Corso master da remoto	1	50
Download di Rapporti ISS COVID-19**	50	500.000

* I corsi FAD già conclusi hanno totalizzato un 76% di completamento;

** dati riferiti a download da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

Figura 1. Tipologie di attività di formazione erogate (31 maggio 2020).

¹⁶¹ In accordo con quanto promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) nel WHO Health Emergencies programme (WHE). 1). Il lavoro è iniziato con una fase di “analisi strutturata di fine rapporto” delle attività formative realizzate tra gruppi di pari, avente come obiettivo la condivisione delle esperienze e delle lessons learned, al fine di migliorare i livelli formativi nazionali e regionali nel contesto di eventuali e analoghe future situazioni emergenziali.

¹⁶² https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYZH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-57-2020-formazione-per-la-preparedness-nell-emergenza-covid-19-il-case-report-dell-istituto-superiore-di-sanit%25C3%25A0.-versione-del-31-maggio-2020 pag. 8.

Quindi, tutto il personale sanitario e di assistenza, deve avere una formazione specifica su come prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS-COV-2 e per una corretta adozione delle precauzioni standard e procedure d'isolamento¹⁶³:

- Caratteristiche dell'infezione da SARS-COV-2 e sulla malattia Covid-19;
- Precauzioni standard per l'assistenza a tutti i pazienti: igiene delle mani e respiratoria;
- Precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e droplets nell'assistenza di casi sospetti/probabili/confermati di Covid-19¹⁶⁴;
- Precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per via aerea;
- Utilizzo appropriato dei dispositivi e dispositivi di protezione individuali (DPI)¹⁶⁵;

¹⁶³ Per maggior approfondimento sugli interventi realizzati dall'ISS circa la formazione, e quali corsi sono stati realizzati, si rimanda al sito: https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5463370?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_redirect=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Frapporti-covid-19%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_cur%3D0%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_assetEntryId%3D5463370.

Nel documento è presente anche un grafico che descrive l'andamento delle iscrizioni sulla piattaforma EDUISS (gennaio-maggio 2020), pag 11.
Si rimanda al sito sottostante per approfondimenti circa gli argomenti trattati durante la formazione: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-4-2020.pdf>

¹⁶⁴ https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-4-2020-indicazioni-ad-interim-per-la-prevenzione-e-il-controllo-dell-infezione-da-sars-cov-2-in-strutture-residenziali-sociosanitarie

¹⁶⁵ Nell'attuale scenario emergenziale Covid-19 italiano, la selezione del DPI deve tenere conto del rischio di trasmissione di SARS-COV-2; questo dipende da:

- a) Tipo di trasmissione (da droplet e da contatto);
- b) Tipo di paziente: i pazienti più contagiosi sono quelli con tosse e/o starnuti, ma se indossano una mascherina chirurgica o si coprono naso e bocca con un fazzoletto la diffusione del virus si riduce notevolmente;

- Comportamenti da attuare nei momenti di pausa e riunioni al fine di ridurre la eventuale trasmissione del virus.

Oltre alla formazione, l'ISS suggerisce di prevedere opportuni momenti di ascolto e di confronto degli operatori e tra gli operatori per aiutarli a verbalizzare i sentimenti di preoccupazione, per trovare azioni di miglioramento, verificare la qualità delle procedure e per far loro condividere problemi, idee e “*best practices*” nell'assistenza.

La formazione e l'addestramento degli operatori dovrebbero basarsi su **sessioni obbligatorie di breve durata** (non più di due o tre ore), che prevedano **esercitazioni pratiche** (ad esempio sulle pratiche corrette per l'igiene delle mani e per la vestizione e svestizione¹⁶⁶ dei dispositivi e DPI) e presentazione di **video**¹⁶⁷.

-
- c) Tipo di contatto assistenziale. Il rischio aumenta quando il contatto è ravvicinato (< 1 metro) e prolungato (> 15 minuti) o se ripetuto o continuativo. Si è maggiormente esposti al contagio anche quando si eseguono manovre e procedure che possono produrre aerosol delle secrezioni del paziente come rianimazione cardiopolmonare, intubazione ed estubazione, broncoscopia, induzione di espettorato, ossigenazione nasale ad alto flusso, tampone nasofaringeo, procedure correlate alla tracheotomia/tracheostomia, broncoscopia, chirurgia,...

In questo contesto emergenziale e di carenza di DPI, i filtranti facciali devono prioritariamente essere raccomandati per gli operatori sanitari impegnati in aree assistenziali dove vengano effettuate procedure a rischio di generazione di aerosol. Per maggiori approfondimenti circa l'utilizzo dei DPI in diversi contesti lavorativi, si rimanda al sito: https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/indicazioni-ad-interim-per-un-utilizzo-razionale-delle-protezioni-per-infezione-da-sars-cov-2-nelle-attivita%25C3%25A0-sanitarie-e-sociosanitarie-assistenza-a-soggetti-affetti-da-covid-19-nell-attuale-scenario-emergenziale-sars-cov-2

¹⁶⁶

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioVideoNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=2096>

¹⁶⁷ Agli operatori dovrebbe essere raccomandato di seguire corsi online specifici su Covid-19. A tal proposito l'ISS ha reso disponibili corsi “a distanza” (FAD). <https://www.eduiss.it/course/view.php?id=296>, <https://www.eduiss.it/course/view.php?id=297> e <https://www.eduiss.it/course/view.php?id=299>

Ogni struttura deve promuovere la responsabilizzazione degli operatori, fondamentale affinché gli stessi non diventino sorgenti di infezione nella catena di trasmissione. Le linee guida raccomandano gli operatori, di prestare attenzione al proprio stato di salute sia dentro che fuori l'ambiente di lavoro e all'insorgenza di febbre e/o sintomi simil-influenzali (tosse secca, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito), devono evitare di recarsi al lavoro.

Laddove la struttura sia organizzata in aree/unità con presenza di malati con Covid-19, organizzare le équipe assistenziali per singole aree affinché siano autonome e indipendenti con la finalità di evitare oppure ridurre il più possibile il passaggio di operatori tra le aree (Covid e non), anche durante le ore notturne¹⁶⁸.

¹⁶⁸ Per ridurre il consumo improprio ed eccessivo di DPI e prevenire la loro carenza è opportuno che:

- Gli operatori evitino di entrare nella stanza in cui sia ricoverato un caso sospetto/accertato di Covid-19 se non necessario a fini assistenziali;
- Considerare di raggruppare le attività e pianificare le attività assistenziali al letto del paziente per minimizzare il numero di ingressi nella stanza (ad esempio, controllo dei segni vitali durante la somministrazione di farmaci; distribuzione del cibo ad opera di un operatore sanitario che deve eseguire altri atti assistenziali) rivedendo l'organizzazione del lavoro al fine di evitare, ripetuti accessi agli stessi e conseguente vestizione e svestizione e consumo di DPI ripetuta;
- Programmare l'uso della stessa mascherina chirurgica o del filtrante per assistenza di pazienti Covid-19 che siano raggruppati nella stessa stanza, purché la mascherina non sia danneggiata, contaminata o umida. Il raggruppare i pazienti Covid-19 in aree dedicate consente di utilizzare in modo più efficiente i DPI e di conseguenza può facilitare l'utilizzo di DPI in presenza di pazienti assistiti con procedure a rischio di generare aerosol. In caso di disponibilità limitata i filtranti possono essere utilizzati per un tempo prolungato, fino a sei ore.

https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/indicazioni-ad-interim-per-un-utilizzo-razionale-delle-protezioni-per-infezione-da-sars-cov-2-nelle-attivita%25C3%25A0-sanitarie-e-sociosanitarie-assistenza-a-soggetti-affetti-da-covid-19-nell-attuale-scenario-emergenziale-sars-cov-2

Oltre alla formazione, ovviamente, le linee guida dell'ISS sottolineano l'importanza di **garantire protezione e sicurezza degli operatori sanitari**¹⁶⁹ e l'OMS raccomanda agli operatori sanitari di applicare sistematicamente le misure adeguate al controllo delle infezioni¹⁷⁰.

Purtroppo, gli operatori sanitari risultano spesso **poco formati e poco consapevoli** circa l'importanza del **corretto utilizzo dei DPI** per evitare la diffusione di malattie infettive tra pazienti, e questo si è incentivato in un momento come questo, caratterizzato da una rapida e improvvisa diffusione dell'epidemia. A tale proposito sono stati effettuati degli studi per testare l'importanza della formazione/simulazione nelle procedure di vestizione/svestizione, al fine di valutare l'autocontaminazione dell'operatore al termine della procedura e si è osservato che le procedure messe in atto dagli operatori sono totalmente inefficace e ad alto rischio infettivo.

Per supportare la formazione degli operatori sanitari, alcuni studi propongono l'utilizzo di una **formazione attiva**, attraverso corsi di simulazione in cui i singoli operatori hanno la possibilità di provare la procedura di vestizione/svestizione. Altri studi propongono anche l'utilizzo di una modalità di formazione passiva attraverso l'utilizzo di filmati o didattica online. Altri ancora, l'utilizzo di poster¹⁷¹ nei vari

¹⁶⁹ https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-4-2020-indicazioni-ad-interim-per-la-prevenzione-e-il-controllo-dell-infezione-da-sars-cov-2-in-strutture-residenziali-sociosanitarie

¹⁷⁰ https://www.iss.it/covid-19-faq/-/asset_publisher/2R1Idyn3MPB6/content/gli-operatori-sanitari-sono-esposti-al-rischio-di-infezione-da-nuovo-coronavirus-sars-cov-2-

¹⁷¹ https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/03/CircolareMinSal_Linee-di-indirizzo-paziente-critico_COVID19.pdf

contesti lavorativi, che riporti la sintetica sequenza degli step della procedura, al fine di supportare l'operatore prima della procedura.

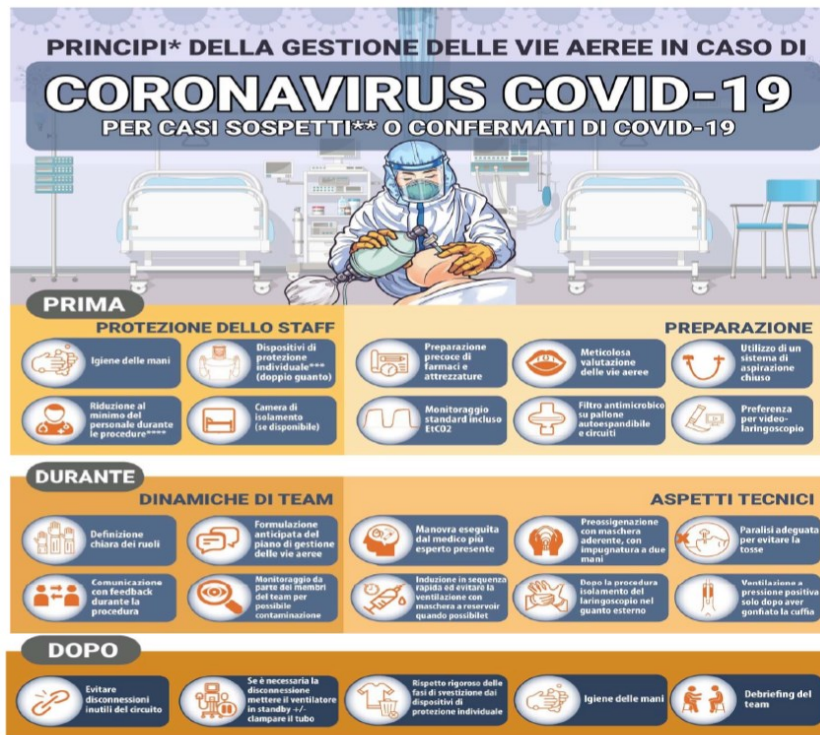


Figura 2. Esempi di procedure in caso di casi sospetti o confermati di Covid-19.

L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sottolinea l'aspetto determinante di coinvolgere un secondo operatore nella verifica della corretta esecuzione della procedura, soprattutto nella fase di svestizione che risulta maggiormente a rischio. Alcuni studi hanno identificato la necessità di miscelare le metodologie di formazione, appuntando sui fattori umani per identificare i punti di rischio di fallimento dell'utilizzo dei DPI e per effettuare modifiche sulla base di valutazioni degli utenti finali più rappresentativi¹⁷².

¹⁷² <https://www.buonepratiche sicurezzasanita.it/index.php/component/judirectory/11-formazione-gestione-e-supporto-agli-operatori-sanitari/46-la-formazione-e-l-informazione-degli-operatori-sanitari-in-merito-al-corretto-utilizzo-dei-dispositivi-di-protezione-individuale?Itemid=101>

È documentato che i soggetti maggiormente a rischio di contagio da SARS-COV-2 sono coloro che lavorano a contatto stretto con pazienti affetti da Covid-19; primi tra tutti gli operatori sanitari impegnati nell'assistenza diretta nel caso in cui non dovessero utilizzare in maniera corretta i DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei¹⁷³.

4.5. Il Gruppo Kos e la formazione del personale

Il **Gruppo Kos** è un gruppo privato che attribuisce molta importanza alla formazione dei propri operatori (figure professionali che operano nell'ambito dell'assistenza alla persona fragile, nella riabilitazione, nella psichiatria, nell'assistenza sociosanitaria e nell'area ospedaliera¹⁷⁴) in quanto l'erogazione dei servizi dipende in misura prevalente dalla correttezza e appropriatezza dei comportamenti dell'operatore, che deve rispondere alle esigenze del singolo paziente¹⁷⁵.

Formare il personale attraverso un aggiornamento continuo di competenze tecniche e organizzative, ma anche quelle “umane”, intese come capacità di ascolto e di

¹⁷³ La scelta dei DPI dipende dalla valutazione del rischio a cui è sottoposto l'operatore (che aumenta quanto più il contatto è ravvicinato e/o prolungato, rispettivamente distanza inferiore a un metro e tempo superiore ai quindici minuti). Per una migliore conoscenza sui DPI e sul loro utilizzo in modo migliore, sulla riabilitazione respiratoria adeguata al paziente Covid-19, sono stati istituiti dei corsi di formazione, indetti dall'Istituto Superiore della Sanità (ISS). <https://www.iss.it/corsi-fad>

¹⁷⁴ <https://www.cronachemaceratesi.it/2021/03/19/nasce-kos-academy-scuola-di-formazione-nella-sanita-privata/1507401/>

¹⁷⁵ <https://kosgroup.com/ita/come-lavoriamo/formazione/>

relazione con il paziente, è parte fondante dell'approccio del Gruppo Kos ed indispensabile per migliorare le performance e conseguentemente la qualità delle prestazioni¹⁷⁶ e del servizio erogato.

Nelle Marche la prima scuola di formazione nella sanità privata, la **Kos Academy**, nasce nel marzo 2021, con sede principale il complesso del Santo Stefano di Porto Potenza Picena¹⁷⁷, ma aveva già iniziato a prendere forma nel 2018 con l'istituzione di una piattaforma on-line (caratterizzata da un pacchetto di corsi standard per il personale interno del Gruppo Kos).

L'unico problema, riferisce il Dottor Matteo Andreotti (Fisioterapista e Referente Territoriale Formazione Area Lazio, Campania e Toscana) in una recente intervista, è che non si pensava ad un utilizzo così importante di formazione FAD (formazione a distanza) tramite la suddetta piattaforma, come è successo dal 2020 con l'arrivo della pandemia.

KOS Academy *dispone* di un sistema di formazione in presenza e a distanza, come già annunciato sopra (quest'ultima indispensabile nel contesto attuale, caratterizzato dalla pandemia che ha reso impossibile l'erogazione di formazione in aula per un periodo consistente di tempo), che permette di andare oltre la dispersione territoriale delle strutture.

¹⁷⁶ Il Centro è dotato di una struttura organizzativa autonoma ed è in grado di adempiere alle esigenze formative di natura organizzativa, gestionale e tecnica. Già attivo come ente organizzatore di eventi ECM dal 2003, è Provider Nazionale ECM dal 2012 quando è stato accreditato dalla Commissione Nazionale ECM a fornire programmi di formazione continua per tutte le professioni sanitarie e per tutte le tipologie formative: residenziale, sul campo e a distanza. <https://sstefano.it/formazione/>

¹⁷⁷ https://www.repubblica.it/economia/rapporti/osserva-italia/le-storie/2021/03/19/news/kos_academy_formazione_operatori_socio_sanitari-292986042/

Uno dei fattori che influenza l'efficacia della formazione in un contesto aziendale è sicuramente la modalità di erogazione della formazione¹⁷⁸ e KOS Academy identifica le migliori modalità di erogazione del servizio compatibili con la dispersione territoriale delle strutture e l'organizzazione delle stesse.

Le figure professionali che lavorano nel Gruppo trovano in KOS Academy un percorso formativo di medio termine che consentirà loro di accrescere il proprio bagaglio formativo e professionale, sviluppato con modalità compatibili con l'impegno lavorativo quotidiano¹⁷⁹.

Tra gli *obiettivi di Academy* troviamo¹⁸⁰:

- Migliorare la **qualità del servizio** verso gli ospiti: Kos Academy ha riorganizzato l'attività formativa in modo da coinvolgere tutte le figure professionali che operano all'interno delle strutture sociosanitarie del Gruppo;
- Dare **continuità alla formazione** ovvero supportare la crescita e mantenere le competenze dei professionisti aggiornate, una formazione continua che impatta in modo positivo sulla qualità del servizio.

¹⁷⁸ <https://kosgroup.com/ita/come-lavoriamo/formazione/>

¹⁷⁹ <https://www.kosgroup.com/ita/come-lavoriamo/formazione/>

¹⁸⁰ <https://www.eraoranotizie.it/index.php/2021/03/20/porto-potenza-picena-kos-academy-e-il-progetto-girasole-formazione-specifica-dedicato-agli-operatori-socio-sanitari-oss-e-agli-ausiliari-socio-assistenziali-asa/>

In questo periodo pandemico, anche il Gruppo Kos, come tutte le aziende sanitarie, si è impegnato ad aggiornare il proprio personale (sanitario e non) per limitare la diffusione del Covid-19, tramite corsi effettuati a distanza, soprattutto riguardo l'uso dei DPI, sulla vestizione-svestizione del personale sanitario e sulla SARS-COV-2.

Nell'intervista fatta al Dott. Andreotti si è parlato di come la comunicazione, in presenza di mascherine e con attività di riabilitazione svolte a distanza per via del distanziamento sociale, sia mutata. È stato realizzato un corso di aggiornamento su come comunicare ai tempi del Covid-19 (*“Su la maschera! La relazione empatica con l'utilizzo dei DPI”*) per gli operatori sanitari, che ha consentito loro di modificare l'approccio con il paziente:

- Una modifica nel tono della voce che doveva risultare più alta e, una comunicazione più lenta, ripetendo, se necessario, le stesse cose anche più volte;
- Volgere un'attenzione psicologica maggiore, oltre a quella motoria, chiedendo spesso al paziente di cosa avesse bisogno.

Ma ritorniamo a come venivano erogati i corsi prima del 2020 nel Gruppo Kos: l'erogazione dei corsi FAD era minore rispetto ad oggi, favorendo principalmente i corsi in presenza (che consentono un trasferimento di nozioni professionali in modo più diretto).

La piattaforma, serviva quasi esclusivamente per elencare i corsi disponibili per il personale interno, ed era utilizzata perlopiù, da parte dell'azienda, per controllare l'evoluzione della formazione di ogni personale assunto nel Gruppo. L'idea di utilizzare la stessa piattaforma per erogare un numero così importante di corsi FAD come è accaduto soprattutto nella prima fase della pandemia, non era stato pensato

neanche lontanamente come già sopra annunciato dal Referente Territoriale intervistato. Nonostante questo, si è osservato che il corso FAD, è divenuta una grande opportunità di formazione. L'unico problema poteva essere quello della **distrazione**: il partecipante, dopo un certo periodo di tempo, anche breve, avrebbe potuto abbassare il volume del proprio computer e non seguire più il corso. La soluzione è stata quella dell'applicazione di nuove regole:

- Rendere il corso interattivo, anche tramite dei programmi innovativi (es. mural.com o mentimeter e menti.com) che consentiva ai partecipanti di interagire con l'insegnante;
- Modificare la durata che doveva essere minore in termini di ore;
- Modificare i contenuti dovevano essere distribuiti in più giornate.

Ad oggi, il Gruppo è divenuto molto esperto nel gestire i corsi online e, grazie alla ripresa della formazione in presenza, si è cercato di integrare parte a distanza (per quei corsi che ne consentivano l'attuazione) e parte in aula.

La Referente Area Tecnologica - Servizio Formazione - Kos Care Srl, la Dottoressa Fontinovo Pamela, ha reso disponibile un'analisi di dati rilevati negli anni 2019-2020-2021 sulla formazione del personale nel Gruppo Kos e sulla tipologia dei corsi erogati, raggruppati e sintetizzati nella tabella sottostante:

		2019	2020	2021
Numero partecipanti formati		5778	23806	11152
Numero ore formazione		49418	43852	46467
ECM erogati		1646,2	461	1134,7
Modalità Formazione	Numero edizioni formazione tradizionale (in presenza)	203	86	149
	Numero edizioni WBT SCORM (FAD)	46	77	46
	Numero edizioni aula virtuale	0	1	174
	Numero edizioni collegamento web	0	5	24

Tabella 1. Elaborazione dati per numero e modalità di formazione nel Gruppo Kos S.r.l.

Dai report effettuati, come afferma la Dottoressa Fontinovo, si evidenzia che:

- Nell'anno 2019 (Ante-Covid): l'erogazione annua dei crediti ECM è piuttosto elevata e la modalità di formazione era soprattutto in presenza (formazione tradizionale);
- Nell'anno 2020 (Anno Covid): vengono erogati pochi crediti ECM per via della sospensione quasi completa delle attività nel periodo di lockdown. Si è iniziato a fare formazione sfruttando le aule virtuali e sono stati inseriti prodotti FAD in piattaforma per la formazione a distanza. Il numero di formati è stato molto alto grazie alla presenza dei corsi legati al Covid che sono stati considerati obbligatori per tutto il personale;

- Nell'anno 2021 (Post-Covid): i corsi obbligatori sul Covid hanno continuato ad essere erogati per i nuovi assunti, in più sono stati creati nuovi titoli riguardanti la pandemia. Si è ritornati ad accreditare un numero più elevato di corsi. In generale, il numero di personale numericamente formato è sceso rispetto al 2020 (che aveva visto la partecipazione massiva obbligatoria ai corsi sul Covid) ma sono salite le ore erogate (i corsi sul Covid erano comunque brevi, all'incirca 15 minuti l'uno) perché sono stati fatti molti più corsi.

Grazie alla fitta rete di strutture e professionisti dei quali il Gruppo Kos dispone, come anche il Dottor Andreotti M. ha sottolineato, si è riusciti a rispondere tempestivamente alle esigenze territoriali, istituendo in tempi brevissimi nuovi corsi di formazione (abbinando quella a distanza, con quella in presenza), in base alle esperienze pratiche vissute sul campo dei professionisti sanitari nei confronti della SARS-COV-2, con l'obiettivo di affrontarla in modo efficace ed efficiente.

Nello specifico il Dottor Andreotti si riferisce al corso *“La riabilitazione respiratoria per pazienti post-Covid-19”*¹⁸¹. Questo corso è stato istituito in tempi brevissimi (da aprile a luglio). La fortuna è stata quella di poter far riferimento all'equipe del Dottor Beghi Gianfranco¹⁸² (Direttore sanitario di “Villa Pineta”, una struttura del Gruppo Kos a Modena). L'equipe è formata da professionisti (Direttore sanitario: il Dottor Beghi e tre fisioterapisti, di cui una coordinatrice) che hanno

¹⁸¹ <https://kosgroup.com/riabilitazione-respiratoria-post-covid-al-via-un-corso-di-formazione-kos-academy/>

¹⁸² Intervista al Dottor Beghi a luglio 2020 circa l'approccio volto al paziente post-Covid: <https://www.modenatoday.it/video/riabilitazione-covid-villa-pineta.html>

Intervista fatta al Dottor Beghi nel febbraio 2021: <https://www.sstefano.it/fibrosi-polmonare,-una-malattia-long-covid?fbclid=IwAR1avWmtbFBw9lulz6eAkXaAksZbU-Y4f3jyySE-Iu3DFUXNhxYy0Nqxevk>

affrontato sul campo il nuovo virus, scrivendo protocolli in base all'esperienza vissuta e al loro sapere, aggiornandoli anche in base alle direttive nazionali e a ciò che osservavano quotidianamente sulle corsie.

Ecco perché il Gruppo Kos in poco tempo ha messo a disposizione un corso di formazione per personale interno all'azienda.

Dato che l'equipe era formata già prima dell'istituzione del corso, non vi sono stati problemi circa il coordinamento della stessa, in quanto tutti i professionisti, come già detto, lavoravano a stretto contatto nella quotidianità in prima linea.

Il Dott. Andreotti M. ha reso disponibile la presentazione del nuovo corso di formazione che il Gruppo ha creato.

**LA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA PER PAZIENTI
POST Covid-19 (scheda)**

Scheda Informativa	
Brand	Istituto Santo Stefano
area del catalogo	Formazione aziendale / Rehab
Sottoarea (Area Progettuale)	Clinica
Coordinatore Area Progettuale	Gianfranco Beghi/ Matteo Andreotti
Responsabile Scientifico	Gianfranco Beghi
Coordinatore Didattico	Matteo Andreotti
Progetto	La riabilitazione respiratoria per pazienti post covid 19
Destinatari / Famiglie Professionali	Specialist, Gestore operativo, Professional
Descrizione	Il corso sulla riabilitazione respiratoria tratta, nella sua parte teorica, tutti gli aspetti della malattia partendo dalla conoscenza del virus, l'infezione da SARS-Cov-2, i suoi aspetti clinici e le problematiche legate alla patologia; la formazione approfondisce anche la cura con la terapia farmacologica e aspetti non trascurabili del paziente in terapia intensiva. In merito all'aspetto riabilitativo, in fase acuta e nel post covid-19, si analizzeranno i criteri di selezione dei pazienti, l'attenzione ai sintomi, la presa in carico, la valutazione del paziente e le tecniche specifiche per permettere di tornare ad una buona qualità di vita da parte del soggetto ammalato. Nella parte esperienziale del training sarà dato ampio spazio a tutte le tecniche di riabilitazione respiratoria.
Contenuti principali	Il progetto formativo esplora i seguenti contenuti: - La malattia da SARS-Cov2 e il suo decorso; - La riabilitazione respiratoria e le manovre; - Il trattamento riabilitativo; - Le tecniche specifiche di riabilitazione respiratoria;

Figura 3a. Nuovo protocollo riabilitativo pazienti post Covid-19.

LA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA PER PAZIENTI POST Covid-19

Prima giornata (2h) Aula virtuale	Seconda giornata (8h) Aula in presenza
<p>Parte teorica <i>(Lezione in videoconferenza asincrona)</i></p> <p>Introduzione sui coronavirus e sul Covid-19</p> <p>La malattia</p> <p>Modulo 1: MICROBIOLOGIA Modulo 2: LA CLINICA Modulo 3: DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RADIOLOGIA Modulo 4: TERAPIA FARMACOLOGICA Modulo 5: IL PAZIENTE GRAVE POST COVID</p> <p>Cenni di Riabilitazione Respiratoria</p>	<p>Parte esperienziale del corso <i>(Lezioni in presenza in aula)</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>Introduzione</p> <ul style="list-style-type: none"> presentazione del corso e dei partecipanti anamnesi valutazione iniziale <p>Stazione 1</p> <p>Riabilitazione toracica</p> <ul style="list-style-type: none"> auscultazione riexpansione toracica allenamento dei muscoli respiratori base di tecniche di drenaggio e gestione delle secrezioni <p>Stazione 2</p> <p>Ricondizionamento/riallenamento</p> <ul style="list-style-type: none"> selezione del paziente candidabile al ricondizionamento e al riallenamento allo sforzo tecniche di ricondizionamento degli arti superiori tecniche di ricondizionamento degli arti inferiori impostazione del riallenamento e calcolo del carico modalità di riallenamento </div> <div style="width: 35%;"> <p>Stazione 3</p> <p>Approccio e impostazione degli obiettivi nel paziente tracheostomizzato post-critico</p> <ul style="list-style-type: none"> componenti della cannula tracheostomica valutazione del paziente post critico impostazione degli obiettivi riabilitativi tecniche di drenaggio e riabilitazione respiratoria in area post critica valutazione e gestione clinica della disfagia <p>Break con rotazione dei gruppi nelle vari stazioni</p> <p>Momento di debriefing tra gruppi</p> </div> </div>

Obiettivi	<p>Gli obiettivi del corso sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conoscere i virus, il Coronavirus e la SARS-CoV-2; - Conoscere la malattia legata alla SARS-CoV-2; - Conoscere le conseguenze della malattia e le sequele legate all'infezione; - Valutare il paziente dopo la malattia e cercare i possibili percorsi riabilitativi; - Illustrare step by step il percorso riabilitativo motorio e respiratorio che il soggetto che ha avuto un'infezione da SARS-CoV-2 deve seguire; - Imparare a conoscere la Riabilitazione Respiratoria e le sue potenzialità.
Modalità di erogazione	FAD+ aula
Metodologia didattica	Lezione teorica asincrona in FAD integrata ad attività laboratoriali in presenza con feedback session da parte di equipe specializzate.
Durata	2 ore parte teorica, una giornata modulo pratico
N° edizioni	Su richiesta
N° partecipanti	Questa esperienza prevede un massimo di x partecipanti per edizioni. Il numero minimo di partecipanti è stabilito a x persone.
Sede	Villa Pineta
Attestato rilasciato	Il percorso prevede il rilascio di crediti ECM per le professioni sanitarie
Docenza	Kos Academy in partner con il team del Dott. Beghi



Figura 3b. Nuovo protocollo riabilitativo pazienti post Covid-19.

Il Dottor Andreotti ha sottolineato che la riabilitazione respiratoria effettuata sul paziente Covid è differente da quella che è stata eseguita fino a poco tempo prima della pandemia, in quanto cambia proprio la tipologia del paziente: il paziente Covid viene colpito in modo sistemico (problemi respiratori, psicologici, cardiocircolatori e neurologici).

Per rendere chiaro la differenza del protocollo riabilitativo respiratorio prima e dopo il Covid, si può osservare un documento scaricato dal sito dall'”Associazione riabilitatori dell'insufficienza respiratoria” che descrive il protocollo di un paziente con soli problemi respiratori¹⁸³ (quindi prima della pandemia).

CORSO BASE DI RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

Genova, dal 3 al 7 Settembre 2019

Il corso base si pone l'obiettivo di fornire gli strumenti operativi e le conoscenze teoriche in linea con i nuovi orientamenti in tema di Fisioterapia e Riabilitazione Respiratoria. Verranno trattate le basi di fisiologia e fisiopatologia respiratoria, le principali indagini strumentali, l'inquadramento e valutazione del paziente con problematiche respiratorie, sviluppando frontalmente e con esercitazioni pratiche specifiche le tecniche di disostruzione, il riallenamento allo sforzo, l'utilizzo della pressione positiva e la ventilazione non invasiva, interventi cardine della professione.

Martedì 3 settembre 2019		
10.30	11.00	Registrazione partecipanti
INQUADRAMENTO E VALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON PROBLEMI RESPIRATORI		
11.00	12.00	Cenni di fisiologia respiratoria: ventilazione, diffusione, perfusione, rapporto ventilazione/perfusione, trasporto O ₂ , ipossiemia e ipercapnia Marta Lazzeri
12.00	12.30	Insufficienza respiratoria: definizioni e meccanismi di sviluppo nelle principali patologie respiratorie Marta Lazzeri
12.30	13.30	Colloquio ed osservazione del paziente: principali segni e sintomi respiratori Emilia Privitera
13.30	14.00	Dispnea e sua valutazione E.Privitera e M.Lazzeri
14.00	14.45	Pausa
14.45	15.30	La valutazione del paziente con problemi respiratori: auscultazione, esame chinesiológico sistema toraco-addominale Marta Lazzeri
15.30	16.30	Esercitazioni E.Privitera e M.Lazzeri
16.30	17.15	Parametri vitali e loro rilevazione Emilia Privitera
17.15	18.00	Inquadramento del paziente con problemi respiratori con utilizzo del Problem Oriented Medical Record (POMR) Marta Lazzeri
Mercoledì 4 settembre 2019		
VALUTAZIONE E STRUMENTI RIABILITATIVI		
08.30	09.15	Le Prove di Funzionalità Respiratoria Marta Lazzeri
09.15	10.00	L'emogasanalisi Marta Lazzeri
10.00	10.30	Le immagini radiografiche Emilia Privitera
10.30	11.00	Test che esplorano la forza dei muscoli respiratori: MIP e MEP Emilia Privitera
11.00	11.15	Pausa
11.15	12.00	Esercitazioni pratiche: lettura ed interpretazione di esami spirometrici, emogasanalitici, MIP e MEP e saturimetria E.Privitera e M.Lazzeri
12.00	12.30	Casi clinici E.Privitera e M.Lazzeri
12.30	13.30	Pausa pranzo
VALUTAZIONE E STRUMENTI RIABILITATIVI		
13.30	14.00	Gli Outcome riabilitativi Marta Lazzeri
14.00	15.00	Strumenti di somministrazione dell'ossigenoterapia e modalità d'uso Emilia Privitera
15.00	15.15	Pausa
15.15	16.15	Strumenti di somministrazione della terapia aerosolica e modalità d'uso Emilia Privitera
16.15	17.15	L'umidificazione razionale fisiopatologica e applicazioni pratiche Marta Lazzeri
17.15	18.00	Esercitazioni

Figura 4a. Esempio di corso per pazienti con problemi respiratori.

¹⁸³ <https://www.arirassociazione.org/prodotto/corso-base-di-fisioterapia-e-riabilitazione-respiratoria-2019/>

Giovedì 5 settembre			
VALUTAZIONE DELLA TOLLERANZA ALLO SFORZO			
8.30	9.30	Limitazione all'esercizio fisico nelle patologie respiratorie	Veronica Rossi
9.30	10.30	Razionale dell'allenamento allo sforzo. Risposta all'allenamento allo sforzo	Veronica Rossi
10.30	10.45	Pausa	
10.45	11.30	6 Minutes Walking Test	Veronica Rossi
11.30	12.15	Esercitazioni pratiche e interpretazione 6MWT	V.Rossi e R.Bellini
12.15	13.00	Altri test da campo	Raffaella Bellini
13.00	14.00	Pausa pranzo	
PROGRAMMI DI RIALLENAMENTO ALLO SFORZO			
14.00	15.00	Selezione dei pazienti da allenare	Raffaella Bellini
15.00	15.30	Programmi e modalità di allenamento	Veronica Rossi
15.30	16.30	Basi e razionale del riallenamento alla forza	Raffaella Bellini
16.30	16.45	Pausa	
16.45	17.30	Formulazione di un programma di riallenamento. Esercitazioni pratiche	V.Rossi e R.Bellini
17.30	18.30	L'allenamento nel paziente allettato e/o con dispnea severa	Raffaella Bellini



Venerdì 6 settembre 2019			
LA COMPONENTE EDUCAZIONALE NEI PROGRAMMI RIABILITATIVI			
8.30	9.30	Educazione e Self-Management nelle patologie respiratorie croniche	Francesco D'Abrasca
DISOSTRUZIONE BRONCHIALE			
9.30	10.30	Presupposti fisiopatologici delle tecniche di disostruzione bronchiale	Francesco D'Abrasca
10.30	11.30	Le principali tecniche di disostruzione bronchiale e livelli di azione	Francesco D'Abrasca
11.30	11.45	Pausa	
LA TOSSE			
11.45	12.30	La tosse, meccanismo fisiologico, indici di efficacia	Angela Bellofiore
12.30	13.00	Valutazione del deficit della tosse e manovre di assistenza alla tosse	Angela Bellofiore
13.00	14.00	Pausa pranzo	
14.00	14.30	Esercitazioni pratiche sulle manovre di assistenza alla tosse	A.Bellofiore e F.D'Abrasca
14.30	15.45	Il paziente portatore di cannula tracheostomica: problematiche e gestione	Angela Bellofiore
I SISTEMI CHE APPLICANO UNA PRESSIONE ESPIRATORIA POSITIVA (PEP)			
15.45	16.30	Sistemi a pressione positiva: alleati della disostruzione bronchiale. Definizioni, principi fisiopatologici dell'applicazione a scopo disostruente, indicazioni, controindicazioni, modalità di utilizzo.	Francesco D'Abrasca
16.30	16.45	Pausa	
16.45	17.30	Modalità di esecuzione ed esercitazioni pratiche tra partecipanti sulle tecniche	A.Bellofiore e F.D'Abrasca
17.30	18.00	Applicazione pratica e modalità di utilizzo del sistema PEP-Mask	A.Bellofiore e F.D'Abrasca
18.00	18.30	Esercitazioni pratiche tra partecipanti sulle tecniche a pressione positiva	A.Bellofiore e F.D'Abrasca
Sabato 7 settembre 2019			
LA PRESSIONE POSITIVA CONTINUA			
8.00	9.00	La pressione positiva continua definizioni, principi fisiopatologici indicazioni, controindicazioni e applicazioni	Francesco D'Abrasca
9.00	10.00	Applicazione pratica e modalità di utilizzo dei sistemi di erogazione di pressione positiva continua	Francesco D'Abrasca
LA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA			
10.00	11.00	Il ventilatore meccanico: cos'è a cosa serve come funziona	Angela Bellofiore
11.00	12.00	Quale paziente ventilare?	Angela Bellofiore
12.00	13.00	Modalità di ventilazione	Angela Bellofiore
13.00	13.30	Pausa	
13.30	14.30	Esercitazioni	A.Bellofiore e F.D'Abrasca
14.30	15.00	Discussione e questionario ECM	

Figura 4b. Esempio di corso per pazienti con problemi respiratori.

La Dottoressa Potente P. ha confermato quanto detto dal Dott. Andreotti (come si vede dal file inviato sul nuovo corso istituito), ovvero che la formazione del personale nel Gruppo si vide in due parti:

- Parte teorica: non potendo lavorare in presenza hanno suddiviso la formazione in due momenti: il primo ha viaggiato su una piattaforma online. Ogni utente, operatore sanitario e non, aveva accesso alla piattaforma e in base all'attività lavorativa che svolgeva, aveva diversi moduli obbligatori (ovviamente per i sanitari erano maggiori rispetto a chi non lo era). La Kos Accademy tracciava chi aveva completato tutto il percorso formativo Covid-19, ovvero una serie di video e di documenti.
- Parte operativa: è stata eseguita nelle singole strutture direttamente dalla direzione sanitaria e dalla direzione medica, come quella ad esempio, di vestizione-svestizione o sull'utilizzo dei DPI in modo corretto.

Il Dottor Lorenzo Buldrini (Referente Area Amministrativa), nell'intervista effettuata, sottolinea la difficoltà nel reperire alcune figure professionali come infermieri, medici, oss, terapisti,.... Il problema che ha dovuto affrontare il Gruppo era principalmente quello collegato alla scarsa produzione nel mondo del lavoro da parte dell'università e, maggior domanda generale per via dell'apertura dei concorsi pubblici e minor offerta del personale che, durante il Covid-19, si è ammalato (o doveva assistere i familiari che si erano ammalati). Si è generata una criticità collegata a motivi culturali e storici: il personale sanitario non è mai stato abbondante e, associando questa situazione con la minor disponibilità degli stessi, si è cercato di trovare nuovi canali per reperirli, anche all'estero, ma la situazione fuori dall'Italia era la stessa.

Il Dottor Buldrini e la Dottoressa Maria Laura Montelpare (Area Pianificazione e Controllo), fanno anche un breve cenno al “Bilancio e nota integrativa al 31 dicembre 2020”¹⁸⁴ di Kos Care s.r.l. per sottolineare quanto emerso riguardo la spesa che è stata affrontata: si è osservato un aumento della spesa per un incremento dell’utilizzo dei DPI per proteggere il personale sanitario dalla SARS-COV-2 (oltre ad un aumento dei costi delle materie prime e conseguente aumento del costo dei DPI) e per il reclutamento dello stesso, come anche precedentemente affermato. L’aumento del costo sulla formazione del personale nell’inserimento è collegato al fatto che molti operatori venivano inseriti nella struttura, facevano affiancamento nel privato ma poi questi entravano in ospedale per via dell’attivazione di concorsi pubblici per fronteggiare la domanda degli ospedali pubblici.

Nell’intervista viene sottolineato più volte la forte **collaborazione** che c’è stata tra **settore pubblico e quello privato** (come anche descritto nel paragrafo “*La Regione Marche e le strutture private accreditate in pandemia*”), in quanto quest’ultimo ha dato disponibilità dei propri posti letto al settore pubblico che sarebbe stato intasato, donazioni di macchinari (es. ventilatori), di reagenti per effettuare i test dei tamponi e denaro per acquistare macchinari utili ai pazienti con insufficienza respiratoria. Il privato ha risposto rapidamente alla domanda di aiuto del pubblico, convertendo, parlando nello specifico delle Marche, i reparti ordinari in reparti Covid-19, aumentato il numero dei posti letto della terapia intensiva (rianimazione), caratteristica che il privato non ha per via di una questione di competenze professionali: il privato non ha operatori come la figura dell’anestesista perché non ha spazi e competenze per gestire le rianimazioni, ma, in situazione emergenziale, ha aiutato il settore pubblico a liberare i posti letto con una presa in carico anticipata

¹⁸⁴ <https://sstefano.it/societ%C3%A0-trasparente>

dei pazienti che erano in stato vegetativo e che poi sarebbero comunque passati alla rianimazione. Sono stati liberati anche dei posti letto per riabilitazione respiratoria e motoria per i pazienti post-Covid (molti sono stati allettati per molto tempo). Ognuno, sia settore sanitario pubblico che privato, ha messo in campo le competenze che aveva.

Per quanto riguarda il personale, all'interno delle varie strutture del Gruppo Kos, la Dottoressa Potente afferma che c'è stata molta collaborazione e disponibilità: ad esempio, alcuni fisioterapisti erano meno necessari in alcuni reparti ma hanno dato la loro disponibilità per dare tutte le informazioni utili ai familiari dei pazienti Covid tramite delle videochiamate con tablet. Ogni figura professionale si è messa a disposizione per dare un contributo: un lavoro di squadra di tutti gli operatori sanitari all'interno delle strutture del Gruppo.

In quasi tutti i reparti del Gruppo vi sono fisioterapisti con formazione di riabilitazione respiratoria, ad esempio, oltre alle altre formazioni: ogni reparto è riuscito a gestire il paziente sia dal punto di vista motorio che dal punto di vista di riabilitazione respiratoria (per via dell'allettamento prolungato dettato dalla malattia da SARS-COV-2).

Nel periodo iniziale dello stato emergenziale, come ripetuto più volte, sono stati fatti corsi di formazione tramite video che provenivano da tutorial nazionali come quello della vestizione-svestizione (eseguito per esempio da personale dello "Spallanzani"), aggiungendo anche quelli prodotti all'interno delle aziende. Anche, il direttore sanitario ha fatto formazione in presenza sul campo.

CONCLUSIONI

Dall'analisi effettuata emerge quanto sia importante, in primo luogo, il **rapporto tra lo Stato e le Regioni** e quanto sia preziosa la **collaborazione tra la sanità pubblica e quella privata accreditata**, soprattutto in stato emergenziale come in questi ultimi anni in presenza della SARS-COV-2.

I processi standard di procedure per l'esecuzione delle attività e per la divisione dei compiti nelle aziende sanitarie sono importanti per la realizzazione di un obiettivo comune: la **salute della collettività**.

La **SARS-COV-2** ha determinato una situazione unica ed eccezionale non solo da un punto di vista sanitario e sociale, ma anche della **formazione del personale**: le insufficienti informazioni sul Covid-19, hanno rappresentato fin dall'inizio dell'epidemia, una delle principali criticità per la gestione della stessa, con la conseguente necessità di avviare in brevissimo tempo **canali di comunicazione** che rendessero fruibili tutte le **fonti informative** ufficiali via via disponibili, soprattutto per la dinamicità dello scenario. In tempo reale, oltre alla divulgazione di informazioni, si è cercato di definirne una **formazione** adeguata a livello nazionale (e in base anche ai "sistemi regionali") in grado di determinare la realizzazione di comportamenti di prevenzione e protezione (sia per il personale sanitario che per gli stessi pazienti) per il più ampio bacino possibile di operatori della salute (tutti gli operatori sanitari).

Il contesto emergenziale che si è venuto a sviluppare ha fatto emergere un particolare bisogno formativo, determinando la necessità di **sviluppare nuove conoscenze e competenze per affrontare l'emergenza**, al di fuori dell'ambientazione classica di aula, come ad esempio l'utilizzo di tecnologie audiovisive per incontri a distanza.

La possibilità e la necessità di reperire nuove informazioni in tempi brevi, ha portato gli operatori sanitari a utilizzare una piattaforma per l'apprendimento in rete, capace di affrontare la sfida formativa che si presentava.

In assenza di precedenti esperienze in emergenza epidemica, questa progressiva evoluzione dei modelli di formazione e di comunicazione si è realizzata grazie a successive **sperimentazioni “sul campo”** e a una serie di adattamenti procedurali attuati progressivamente, ricalcando il modello dell’**“imparare facendo”**. Il lavoro realizzato dai gruppi di lavoro, sebbene a distanza, ha consentito la realizzazione di una documentazione utile all'autoformazione, resi accessibili per rispondere ai bisogni formativi di un ampio target di operatori, diffondendo un linguaggio comune e procedure da attuare.

Nell'ottica della preparazione a simili future emergenze, è emerso il bisogno che gli operatori non siano formati in corrispondenza dello sviluppo di una pandemia, ma dovrebbero rispondere a tali emergenze con competenze acquisite precedentemente. Questo aspetto appare determinante per evitare la diffusione del contagio, per garantire la sicurezza della procedura ed evitare il rischio di contaminazione degli stessi operatori. L'epidemia di Covid-19, ad oggi, in Italia, purtroppo ha causati un numero sproporzionato di contagi tra gli operatori stessi, così come di decessi, soprattutto come si è visto nella prima fase emergenziale dove si è presentato un mancato o non corretto utilizzo di **DPI**.

BIBLIOGRAFIA

AIFI (a cura di), *“Linee guida per la formazione del fisioterapista - Core competence”*, Milano, Elsevier – Masson, 2003.

BENINI S., *Orientamenti pedagogici per la formazione e pratica sanitaria dopo la pandemia di Covid-19*, “I fondamenti dell’azione educativa: epistemologie professionali tra passato e futuro”, n. 38, 2021.

BERGAMASCHI M., *“L’organizzazione nelle aziende sanitarie”*, Milano, G. Giappichelli Editore, 2000.

BONOCORE F., MONTANARI F., SOLARI L., “ *Organizzazione aziendale: comportamenti e decisioni per il management*”, Novara, isedi, 2021.

BONTI M., CAVALIERE V., CORI E., *“Lineamenti di organizzazione aziendale”*, Milano, EGEA S.p.a., 2020.

BRUZZI A., *“La gestione dell’azienda sanitaria. Innovazione e scelte strategiche per un nuovo scenario competitivo.”*, Milano, Giuffrè Editore, 2006.

CALAMANDREI C., *“Manuale di management per le professioni sanitarie”*, Milano, McGraw-Hill Education, 2015.

CARLOTTO G. , *“ Soft skills. Con-vivere con le competenze trasversali e raggiungere i propri obiettivi.”*, Milano, FrancoAngeli/Trend, 2015.

CERBIONI F., *“Il controllo di gestione nella prospettiva dei processi aziendali”*, Milano, McGraw Hill, 2006.

COSTANZI C., *“Introduzione all’analisi dei servizi e degli interventi in ambito sociale”*, Milano, FrancoAngeli, 2006.

CUGINI A., DOSSI A., GHEZZI L., DERCHI G.B., “*Strategia, azioni, misure. Modelli di successo di performance management per le imprese italiane*”, Milano, Egea s.p.a, 2016.

CUPELLI C., *La responsabilità penale degli operatori sanitari e le incerte novità della legge Gelli-Bianco*, “Cassazione Penale”, Volume: 57, Fascicolo: 5, 2017.

DE VITA P., MERCURIO R., TESTA F., “*Organizzazione aziendale: Assetto e meccanismi di relazione*”, Torino, G. Giappichelli Editore, 2007.

FERRARIS FRANCESCHI R. (a cura di), “*Sistema di pianificazione e controllo*”, Torino, G. Giappichelli Editore, 2010.

FISCHETTI A. (a cura di): “*La gestione delle risorse umane. Processi e Strumenti.*”, Milano, Alpha Test S.r.l., 2007.

FRITTOLI G, MANCINI M., “*Balanced Scorecard e aziende sanitarie*”, Mecosan, n. 49, 2004.

GHISLANDI P. (a cura di)., “*Comunità di pratica per l'educazione continua in sanità. Contributi al dibattito*”, Erickson, 2011.

GIORGETTI R., “*Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*”, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2010.

IODICE C., NONINO O., “*Compendio di organizzazione aziendale*”, Dogana, Maggioli Editore, 2012.

MARINO' L., *La ricerca dell'economicità nelle Aziende Sanitarie Locali. Concetti, modelli, decisioni*, Torino, G. Giappichelli Editore, 2008.

MONTANARI L., E D'ANDREA A., “*La riforma del terzo settore. L'impatto sugli strumenti di accountability*”, Lavis, G. Giappichelli Editore, 2020.

NOE R., HOLLENBECK J., GERHATY B., WRIGHT P., “*Gestione delle risorse umane*”, Milano, Apogeo, 2006.

OLIVETTI L. (a cura di), “*Professione TSRM - Norme e conoscenze essenziali*”, Milano, Stringer Verlag Italia, 2013.

PANELLA L., MOROSINI P., “Manuale di accreditamento Volontario tra pari”, Torino, Centro Scientifico Editore, 2001.

PARRELLA G., LEGGERI R., “*La gestione del rischio clinico. La sicurezza del paziente e la lotta agli sprechi nelle strutture pubbliche e private.*”, Milano, FRANCOANGELI, 2007.

PELLEREY, M., “*Soft skill e orientamento professionale*”, Roma, CNOS-FAP, 2017.

POMPONIO A., MORLIDORI L., FRATINI M., NATALINI M., “*Risorse internet per la medicina basata sulle evidenze*”, Torino, Centro Scientifico Editore, 2000.

Puddu L., Büchi G., Paolo Biancone P., Rainero C., Secinaro S., Tradori V., Migliavacca A., Indelicato A., Brescia V., Bignamini E., Cappa C., Ruffino E.D., Zollesi G., “*Management dei servizi sanitari territoriali: Efficienza e Valorizzazione Sociale*”, Cuneo, Publiedit s.a.s, 2017.

RUSSO S., “*Economia e management delle aziende sanitarie pubbliche. Profili evolutivi, assetto istituzionale e performance*”, Assago, CEDAM, 2012.

SALVATO A., *La formazione continua in sanità: ruolo delle aziende e percezioni degli operatori*, n.1, 2008.

SINBALDI A., “*La gestione dei processi in azienda. Introduzione al Business Process Management*”, Milano, Franco Angeli, 2009.

VICARELLI G. E GIARELLI G. (A cura di), “*Il Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*”, Milano, FrancoAngeli, 2021.

VIGNATI E., BRUNO P., “*Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione*”, Milano, Franco Angeli, 2002.

SITOGRAFIA

[Age.na.s. - Educazione Continua in Medicina \(agenas.it\)](http://agenas.it)

[Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie \(regione.marche.it\)](http://regione.marche.it)

[benchmarking in Vocabolario - Treccani](#)

[Consiglio regionale delle Marche –](#)

[Decreto Interministeriale del 2 aprile 2001 - Atti Ministeriali MIUR](#)

[Gazzetta n. 274 del 23 novembre 2017 - CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO](#)

[Gazzetta Ufficiale](#)

<https://ape.agenas.it/ecm/ecm.aspx>

<https://ape.agenas.it/professionisti/formazione.aspx>

<https://ape.agenas.it/professionisti/professioni-sanitarie.aspx>

<https://careonline.it/2008/10/non-technical-skill/>

https://def.finanze.it/DocTribFrontend/decodeurn?urn=urn:doctrib::DLG:2000-07-28;254_art1

[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32003G0724\(02\)&from=FR](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32003G0724(02)&from=FR)

<https://kosgroup.com/riabilitazione-respiratoria-post-covid-al-via-un-corso-di-formazione-kos-academy/>

<https://medicioggi.it/contributi-scientifici/presupposti-per-un-protocollo-di-intervento-riabilitativo-in-pazienti-con-covid-19/>

<https://performance.gov.it/linee-guida-il-sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance>

<https://performance.gov.it/performance/sistemi-misurazione-valutazione/documento/498>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21692830/>

https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/03/CircolareMinSal_Linee-di-indirizzo-paziente-critico_COVID19.pdf

<https://sstefano.it/formazione/>

<https://sstefano.it/societ%C3%A0-trasparente>

<https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fprovvedimento&q=110>

<https://www.arirassociazione.org/prodotto/corso-base-di-fisioterapia-e-riabilitazione-respiratoria-2019/>

https://www.asur.marche.it/documents/20182/304861/DGR1501_17.pdf/3bd2177f-e4c6-475b-b885-7d45a6f005bd

<http://www.biblio.liuc.it/scripts/essper/schedaArticolo.asp?codice=2156580>

<https://www.buonepratiche sicurezzasanita.it/index.php/component/judirectory/11-formazione-gestione-e-supporto-agli-operatori-sanitari/46-la-formazione-e-l-informazione-degli-operatori-sanitari-in-merito-al-corretto-utilizzo-dei-dispositivi-di-protezione-individuale?Itemid=101>

<https://www.camera.it/parlam/leggi/002511.htm>

<https://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/testi/99229dl.htm>

<https://www.centroeuropeo.it/cosa-e-lecm/>

<https://www.consiglio.marche.it/attivita/assemblea/sedute/scheda.php?seduta=153&leg=X>

https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/leggi/dettaglio.php?arc=vig&idl=1403#art1

https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/leggi/dettaglio.php?idl=1127

https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/leggi/dettaglio.php?idl=1934

<https://www.cronachemaceratesi.it/2021/03/19/nasce-kos-academy-scuola-di-formazione-nella-sanita-privata/1507401/>

<https://www.eduiss.it/course/view.php?id=296>

<https://www.eduiss.it/course/view.php?id=297>

<https://www.eduiss.it/course/view.php?id=299>

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-4-2020.pdf>

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2#:~:text=L'11%20marzo%202020%2C%20l,pu%C3%B2%20essere%20considerata%20una%20pandemia.>

<https://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Cap2-Indicatori.pdf>

<https://www.eraoranotizie.it/index.php/2021/03/20/porto-potenza-picena-kos-academy-e-il-progetto-girasole-formazione-specifica-dedicato-agli-operatori-socio-sanitari-oss-e-agli-ausiliari-socio-assistenziali-asa/>

<https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=66&art.versione=1&art.codiceRedazionale=093R0698&art.dataPubblicazioneGazzetta=1994-01-15&art.idGruppo=6&art.idSottoArticolo=1>

<https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=2&art.codiceRedazionale=006R0514&art.idArticolo=12&art.idSottoArticolo=1&art.dataPubblicazioneGazzetta=2007-01-27&art.progressivo=0>

<https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=9&art.codiceRedazionale=001R0402&art.idArticolo=46&art.idSottoArticolo=1&art.dataPubblicazioneGazzetta=2001-11-24&art.progressivo=0>

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=6&art.versione=1&art.codiceRedazionale=17G00041&art.dataPubblicazioneGazzetta=2017-03-17&art.idGruppo=0&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=0

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=2555&art.versione=1&art.codiceRedazionale=042U0262&art.dataPubblicazioneGazzetta=1942-04-04&art.idGruppo=340&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=2

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=16G00185&art.idArticolo=2&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2016-09-03&art.progressivo=0

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=10&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=20A00450&art.idArticolo=63&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2020-01-28&art.progressivo=0

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticoloDefault/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1999-07-16&atto.codiceRedazionale=099G0301&atto.tipoProvvedimento=DECRETO%20LEGISLATIVO

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/07/16/099G0301/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/09/06/000G0299/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg>

<https://www.governo.it/it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-32/17592>

<https://www.iss.it/corsi-fad>

https://www.iss.it/covid-19-faq/-/asset_publisher/2R1Idyn3MPB6/content/gli-operatori-sanitari-sono-esposti-al-rischio-di-infezione-da-nuovo-coronavirus-sars-cov-2-

https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+57_2020.pdf/89a7d845-d804-972f-d3ec-2019e9157c64?t=1596035543499

<https://www.iss.it/livelli-essenziali-di-assistenza-lea->

https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5463370?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_redirect=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Frapporti-covid-19%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_cur%3D0%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_btw1J82wtYzH_assetEntryId%3D5463370

https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/indicazioni-ad-interim-per-un-utilizzo-razionale-delle-protezioni-per-infezione-da-sars-cov-2-nelle-attivita%25C3%25A0-sanitarie-e-sociosanitarie-assistenza-a-soggetti-affetti-da-covid-19-nell-attuale-scenario-emergenziale-sars-cov-2

https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-4-2020-indicazioni-ad-interim-per-la-prevenzione-e-il-controllo-dell-infezione-da-sars-cov-2-in-strutture-residenziali-sociosanitarie

https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-57-2020-formazione-per-la-preparedness-nell-emergenza-covid-19-il-case-report-dell-istituto-superiore-di-sanita%25C3%25A0.-versione-del-31-maggio-2020

<https://www.kosgroup.com/ita/come-lavoriamo/formazione/>

<https://www.modenatoday.it/video/riabilitazione-covid-villa-pineta.html>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992;502>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992;502~art3bis>

<https://www.panorama.it/news/salute/consigli-riabilitazione-polmonite-coronavirus>

<https://www.parlamento.it/parlam/leggi/990421.htm>

<https://www.puntosicuro.it/view-pdf/non-technical-skills-le-competenze-non-tecniche-la-sicurezza-AR-14178/>

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato267186.pdf>

https://www.regione.marche.it/Amministrazione-Trasparente/Strutture-sanitarie-private-accreditate#accordi_covid19

<https://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Piano-Socio-Sanitario-Regionale>

https://www.regione.marche.it/Portals/0/Lavoro_Formazione_Professionale/Accreditamento/254_2019%20Academy%20aziendali/DGR%20254-2019.pdf?ver=2019-03-26-115006-663

https://www.regione.marche.it/Portals/0/Lavoro_Formazione_Professionale/Accreditamento/254_2019%20Academy%20aziendali/DGR%20254-2019.pdf?ver=2019-03-26-115006-663&ver=2019-03-26-115006-663

https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/Accreditamenti/Normativa/Anno2020/DGR_1264_2020%20All%201.pdf

https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/Accreditamenti/Normativa/Anno2020/DGR_1468_2020.docx.pdf

<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative>

<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Documenti>

<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Normativa>

<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Presentazione>

<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Comunicati/id/27752/p/1/ACADEMY-AZIENDALI-PER-LA-FORMAZIONE-APPROVATI-I-CRITERI-PER-IL-RICONOSCIMENTO>

<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Lavoro-e-Formazione-Professionale/Accreditamento-delle-strutture-formative#Normativa>

https://www.repubblica.it/economia/rapporti/osserva-italia/le-storie/2021/03/19/news/kos_academy_formazione_operatori_socio_sanitari-292986042/

https://www.researchgate.net/publication/237502914_PRINCIPI_SULL%27ORGANIZZAZIONE_DELL%27AZIENDA_SOCIO-SANITARIA_PUBBLICA

<http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaParagrafoRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=valutazione&id=2677>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1983_allegato.pdf

<https://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?id=4674&area=esenzioni&menu=vuoto>

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=5073&area=Lea&menu=vuoto>

https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=572

https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_6_1.jsp?lingua=italiano&label=cenniStorici&menu=cenniStorici&id=1324

https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=3312

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioVideoNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=2096>

<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=professioni-sanitarie

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=d

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ss

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=808&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5133&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto

https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-22/che-fine-ha-fatto-piano-sanitario-100549.php?uuid=ACSiGFLB&refresh_ce=1

https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32#:~:text=La%20Repubblica%20tutela%20la%20salute,non%20per%20disposizione%20di%20legge

<https://www.sstefano.it/fibrosi-polmonare,-una-malattia-long-covid?fbclid=IwAR1avWmtbFBw9lulz6eAkXaAksZbU-Y4f3iyySE-Iu3DFUXNhxYy0Nqxevk>

https://www.treccani.it/vocabolario/abilita_res-e9c9f2ec-000b-11de-9d89-0016357eee51/

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=6627>

<http://www.tsrncosenza.it/wp/2020/03/05/ecm-il-valore-della-formazione-continua/>

[L 43/2006 \(camera.it\)](#)

[Risultati della ricerca: manuale di formazione appropriatezza \(ministerosalute.it\)](#)

www.salute.gov.it