



ASL Taranto

PugliaSalute

# Report Finale

**Indagine  
sul Benessere Organizzativo  
Progetto “Magellano”  
(2014)  
Indagine  
di clima organizzativo  
2019**

Azienda Sanitaria Locale di Taranto

di Anna Paola Lacatena

Questo scritto, redatto nel corso dell'emergenza Coronavirus e, dunque, con la consapevolezza che la Sanità italiana non potrà dirsi la stessa a conclusione della stessa, si rifà a:

**Rapporto** contenente i risultati dell'indagine di clima organizzativo promossa dal Sistema Sanitario Regionale della Puglia e realizzata con il supporto tecnico-scientifico del Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. La rilevazione si è svolta tra i mesi di maggio - agosto 2019, in collaborazione con i referenti regionali e aziendali.

Il gruppo di ricerca

Laboratorio MeS Responsabile scientifica: Sabina Nuti

Componenti del gruppo di ricerca: Nicola Bellé, Paola Cantarelli, Giorgio Giacomelli, Domenico Cerasuolo, Tiziano Marra, Giuseppe D'Orio, Antonio Parenti, Sara Zuccarino

Sistema Sanitario Regionale della Puglia Referente regionale: Giovanni Gorgoni

Referente aziendale: Emanuele De Fazio

Rapporto a cura di Nicola Bellé, Paola Cantarelli, Sabina Nuti, Giuseppe D'Orio, Antonio Parenti e Sara Zuccarino

**Rapporto** finale del "Progetto Magellano" del Dipartimento della Funzione Pubblica cui ha aderito l'Azienda Sanitaria Locale di Taranto nel 2014

Rapporto a cura di:

Anna Paola Lacatena

*Dirigente Sociologo Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA*

Giuseppina Di Cesare

*Sociologa, Distretto Socio Sanitario n. 5 ASL TA*

Claudia Caforio

*Assistente Amministrativo Direzione Generale*

Salvatore De Fazio

*Dirigente Medico Farmacologia e Tossicologia Clinica Dipartimento Dipendenze Patologiche, Dottore di Ricerca in Scienze Neurologiche e Riabilitative*

Vincenza Ariano

*Dirigente Medico Tossicologia Medica, Responsabile Struttura Semplice Coordinamento Ser.D. Territoriali ASL TA, Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche*

Donato Salfi

*Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Responsabile U.O.D. Formazione*

Antonella Matichecchia

*Dott.ssa in Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Tirocinante U.O.D. Formazione*

Emanuele De Fazio

*Dirigente Medico S.C. Statistica ed Epidemiologia*

Egidio Solito

*Dirigente Medico Servizio Prevenzione e Protezione*

## Introduzione

Quando mi è stato chiesto di provare a tracciare un continuum tra la Ricerca “Magellano” del 2014 e la più recente “Indagine sul clima organizzativo” del 2019, entrambe condotte nell’Azienda Sanitaria Locale di Taranto, oltre che in altre realtà lavorative italiane, ho pensato a qualcosa che contenesse, dati, grafici, tabelle.

Poi è arrivata l’emergenza Covid-19 ed è stato come se la sanità fosse tornata a chiedere di parlare di salute e persone. Nonostante il susseguirsi più o meno attendibile di numeri, l’attenzione è stata riorientata sul concetto di malattia, di pazienti ma anche di personale sanitario.

In 10 anni sono stati tagliati 37 miliardi dalla sanità pubblica, 25 miliardi nel 2010-2015 per tagli conseguenti a varie manovre finanziarie ed oltre 12 miliardi nel 2015-2019, quando alla sanità sono state destinate meno risorse di quelle programmate per esigenze di finanza pubblica. La metà dei 37 miliardi in meno alla sanità negli ultimi dieci anni riguarderebbero proprio il personale sanitario. Con il risultato di avere in Italia a 3,2 posti letto per mille abitanti (la Francia 6/1000, la Germania 8/1000).

Dunque, così come la realtà suggerisce di fare, questo scritto proverà a fissare l’attenzione su salute e personale che opera all’interno del Ssn e specificatamente nell’Azienda Sanitaria Locale di Taranto non senza mettere in conto la possibilità di rinvenire situazioni trans-territoriali.

Dai giorni dell’emergenza, infatti, appare evidente come il sistema debba tentare di ridefinirsi, aprendosi anche a nuove forme di organizzazione del lavoro (smart working), di innovazioni tecnologiche, di attenzione al paziente e all’operatore in chiave di presidi ospedalieri ma anche di servizi socio-sanitari territoriali. Il timore, supportato dall’evoluzione dei giorni dell’emergenza e dalle sue conseguenze non può non far pensare ad un concetto più articolato di salute, orientato all’idea di benessere più che esclusivamente alla condizione di assenza di malattia.

Per quello a cui queste riflessioni possano servire, ci proviamo.

Per tutelare la salute di un’intera popolazione non è sufficiente avere a disposizione personale sanitario preparato, capace di fare diagnosi e di applicare i più efficaci trattamenti. Serve anche assegnare il giusto peso al ruolo che comportamenti individuali, condizioni di vita e di lavoro, disuguaglianze interne alla società, interazioni hanno sulla salute delle persone.

Non deve sorprendere se società più giuste possono fregiarsi di migliori livelli di salute. Michael Marmot, docente di Epidemiologia e Sanità Pubblica all’University College di Londra, spiega nel suo volume “The Health Gap” come la salute e l’uguaglianza nei livelli di salute, non siano solo valori in sé. Sono elementi che ci parlano della qualità della società in cui viviamo nel suo complesso.

Nel 2008 l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha presentato i lavori conclusivi della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute, istituita nel 2005 e presieduta da Michael Marmot. L’obiettivo della salute per tutti non può non fare i conti con questioni sociali e economico-politiche. Nella conclusione del documento della Commissione si legge, infatti:

*«La giustizia sociale è questione di vita e di morte. Essa influenza il modo in cui le persone vivono, le conseguenti*

*probabilità di ammalarsi, il loro rischio di morte prematura. Noi osserviamo, con meraviglia, come la speranza di vita e la buona salute continuino a crescere in alcune parti del mondo e, con allarme, come queste non riescano a migliorare in altre parti. Una bambina venuta alla luce oggi può sperare di vivere più di 80 anni se nata in alcune parti del mondo, ma meno di 45 anni se nata in altre parti. All'interno dei paesi ci sono drammatiche differenze nella salute che sono strettamente legate al grado di svantaggio sociale. Differenze di tale grandezza – tra nazioni e all'interno di una stessa nazione – semplicemente non dovrebbero mai accadere» (1).*

I determinanti modificabili, ossia quelli suscettibili di modifiche e aggiustamenti, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

Questo secondo modello concettuale, decisamente più articolato del precedente, riflette la cultura europea di welfare state fondata sul diritto alla salute nonché la visione multisettoriale della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata (2).

Di seguito è riportato il modello risultante dei lavori della Commissione dei Determinanti Sociali della Salute (3), nel quale si evidenziano i fattori che a diverso titolo hanno un impatto sulla distribuzione della salute e del benessere:

1. Il contesto politico e socio-economico;
2. La posizione socio-economica – [a + b = determinanti strutturali];
3. Condizioni di vita e di lavoro, fattori psicosociali, coesione sociale, comportamenti individuali e fattori biologici, sistema sanitario – [determinanti intermedi].

In estrema sintesi i determinanti della salute possono essere raggruppati in diverse categorie (cui è possibile aggiungerne altre):

- ♣ comportamenti personali e stili di vita;
- ♣ fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio;
- ♣ condizioni di vita e di lavoro;
- ♣ accesso ai servizi sanitari;
- ♣ condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali;
- ♣ fattori genetici.

Al di là del modello da condividere, vi sono aspetti non negoziabili. Se per Jeremy Bentham (1748-1832), infatti, la salute non può essere considerata un diritto in assenza di una legislazione vincolante, considerando una sorta di non senso la dichiarazione francese dei diritti dell'uomo del 1789, in quanto il diritto per essere tale deve essere legiferato, l'economista indiano, Amartya Kumar Sen esprime il suo dissenso (4).

Egli osserva che a tal proposito c'è una lunga tradizione di pensiero sul diritto come etica sociale, secondo cui le basi morali che una buona società deve avere sono da ritrovare in "certi inalienabili diritti". Questi devono essere concepiti non come conseguenze, bensì come fonte della legge stessa.

È nel considerare la salute come diritto umano che risiede la chiamata all'azione per la promozione della salute della popolazione.

Il diritto alla salute, dunque, sembra pretendere analoghi importanti interventi, che vanno ben oltre una congrua e incisiva legislazione sanitaria.

Nel definire la salute come un diritto, si riconosce (e non potrebbe essere altrimenti) la necessità di un comune impegno sociale. Per Sen, e non è pensabile una posizione differente, poche cose sono così prioritarie nel mondo contemporaneo.

Marmot e, dunque, con lui altri studiosi si rivolgono alle amministrazioni locali e ai governi nazionali affinché si facciano promotori di politiche utili al superamento della deprivazione che crea iniquità di salute unitamente a misure in grado di potenziare la capacità delle persone di fare scelte responsabili per la propria salute e il proprio benessere.

A conclusione dell'emergenza Coronavirus, nel nostro Paese questo significa rivedere una serie di questioni, sia dal punto di vista del paziente che dell'operatore, a cominciare da: rivisitazione del finanziamento alla Sanità (a oggi inferiore al 9% del Prodotto Interno Lordo), revisione della normativa pensionistica rispetto ad alcune categorie particolarmente esposte a lavori usuranti; ridiscussione ed eventuale ripristino dell'art.18 dello Statuto dei Lavoratori e sua estensione anche alle ditte con meno di 15 dipendenti; modifiche al D.Lgs 81/08 con l'istituzione di un'area specifica proprio sul rischio organizzativo e sul rischio violenza e molestie sul lavoro; diritto della persona ad un'assistenza sanitaria pubblica e partecipata, effettivamente gratuita, basata sull'evidenza scientifica e sull'efficacia, dagli ospedali alla medicina territoriale, alla prevenzione.

Una revisione meriterebbe, poi, tutta la questione dei DRG, ossia il finanziamento delle strutture a prestazione. Dopo l'adozione del D.Lgs 502/92 la spesa sanitaria si è ridotta per effetto del blocco del personale e della progressiva riduzione dei servizi, salvo riportare le cifre a risalire nel medio e lungo tempo, nonostante il permanere del blocco.

## *Bibliografia*

1. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Commission on Social Determinants of Health. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper (Final Draft), April 2007
3. Amartya K. Sen, *Why and how is health a human right?*, Lancet 2008; 372:210. doi:10.1016/S0140-6736(08)61784-5
4. Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. International Journal of Epidemiology, 2002, 31:336-341.

## Cap 1. L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto



La provincia di Taranto, si estende per una superficie pari a 2.436,67 km<sup>2</sup>.

Il territorio si presenta per la maggior parte pianeggiante con un'area di circa 1342,29 km<sup>2</sup>, mentre per la restante parte collinare con 1.049,28 km<sup>2</sup>.

Il comune con la maggiore estensione territoriale è Martina Franca che ha una superficie di 295,42 km<sup>2</sup>, seguita da Castellaneta (239,84 km<sup>2</sup>), Mottola (212,33 km<sup>2</sup>), Ginosa (187,06 km<sup>2</sup>) e Manduria (178,33 km<sup>2</sup>). Il capoluogo jonico comprendeva fino al 1993 la frazione di Statte, registrando una superficie pari a 310,20 km<sup>2</sup>, risultando la più elevata della provincia. Attualmente, con il distacco di Statte, divenuto centro autonomo, la sua superficie si attesta sui 217,50 km<sup>2</sup>.

La costituzione della Provincia di Taranto è relativamente giovane risale, infatti, al 1923, anno in cui avvenne il distacco dalla provincia di Lecce. Questa separazione fu una sorta di tappa politicamente obbligata data la crescente importanza che la città di Taranto andava acquisendo in ragione della presenza di attività ed istituzioni in grado di qualificare il territorio (l'Alto Comando dello Ionio, l'Arsenale, il Dipartimento Marittimo ed i Cantieri Navali).

Come risulta dal primo censimento (1861) la distribuzione della popolazione nel territorio provinciale, eccezion fatta per Taranto (caratterizzato da un'economia marittima), era abbastanza omogenea a causa della dipendenza del territorio dall'economia agraria.

Centri rilevanti erano Castellaneta e Massafra (circa 9.000 abitanti), Taranto (26.163 abitanti), Martina Franca, Grottaglie e Manduria. Nessun centro tuttavia superava i 30.000 abitanti.

Fra il 1861 ed il 1921 la popolazione della città di Taranto è passata dalle 26.163 alle 104.379 unità. Tale crescita è da riportare alla presenza militare e soprattutto dell'Arsenale e dei Cantieri Navali.

Fra il 1921 ed il 1971 la città di Taranto ha subito un ulteriore incremento, con

una variazione percentuale degli abitanti del 117,8%.

Fra il 1981 ed il 1991 la città ha evidenziato una decrescita della popolazione in parte da attribuire alla trasformazione di Statte da quartiere di Taranto in paese autonomo; nel decennio 1991 - 2001 la popolazione ha continuato a decrescere con una perdita di circa 16.000 abitanti (tasso di decrescita del 7,8%).

Il capoluogo ionico possiede comunque una popolazione quasi doppia rispetto agli altri centri: ciò è legato ad una serie di fattori fra cui l'esistenza di un'attività *city forming* molto importante qual è Arcelor Mittal di Taranto (ex ILVA, ex ITALSIDER).

Attualmente il polo di Taranto, attrattivo per anni per la sua funzione industriale, mostra una significativa fase ascendente, testimonianza del processo di decadenza del suo ruolo economico e del conseguente cambiamento della struttura sociale del territorio.

Nel 1974 si è assistito al raddoppio del quarto centro siderurgico dell'allora ITALSIDER e nel 1980 hanno preso a registrarsi i prodromi della crisi e dei primi licenziamenti.

È possibile evincere inoltre che, mentre prima del 1985 la città di Taranto è stata trainante rispetto alla sua provincia in virtù del suo ruolo di polo industriale, dopo, a causa della congiuntura internazionale sfavorevole dell'industria dell'acciaio, ha assunto al contrario un ruolo di dipendenza.

I saldi migratori negativi della popolazione provinciale degli ultimi anni ne sono testimonianza diretta.

A tutto ciò va aggiunto il ritorno ai paesi di origine dei pensionati e la ricerca di lavoro fuori provincia da parte dei giovani. Dai flussi verso la città degli anni '70 si assiste ora ad una vera e propria inversione.

Non è possibile, poi, non tener conto di quanto la vocazione industriale degli ultimi decenni ha imposto importanti modifiche alle abitudini di vita e all'organizzazione sociale (oltre che familiare).

A conferma del processo di urbanizzazione attuatosi negli anni 60-70, è possibile leggere il dato, relativo alla costruzione di nuovi fabbricati, che a Taranto crescendo dal 1919 ha raggiunto il valore massimo nel periodo di tempo compreso fra il 1961 ed il 1971 (per poi decrescere successivamente), mentre negli altri centri della provincia esso ha raggiunto il valore massimo nel periodo 1972-1981.

L'intera provincia di Taranto registra ad oggi 29 comuni. I relativi dati sono aggiornati al censimento 2011 - Istat del 4/2012 (Densità per km<sup>2</sup>: 238, Superficie: 2.436,67 km<sup>2</sup>).

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto (da adesso anche ASL) è nata nel febbraio 1995 con il compito di rispondere ai bisogni sanitari e sociali della popolazione del capoluogo e della provincia. In attuazione dei Decreti Legislativi 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, l'Azienda si articola in:

- ▲ Direzione ed Uffici Centrali;
- ▲ Dipartimento di Prevenzione;
- ▲ Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- ▲ Dipartimento Salute Mentale;
- ▲ Servizio Aziendale di Riabilitazione;
- ▲ Presidio Pneumologico;
- ▲ Presidi Ospedalieri;
- ▲ Distretti Socio Sanitari.

La sede legale dell'Azienda è fissata a Taranto in Viale Virgilio 31.

La ASL TA comprende un territorio nel quale insistono 29 Comuni ed ha una popolazione di circa 580 mila abitanti. I 29 Comuni di pertinenza dell'Azienda Sanitaria tarantina sono: Taranto, Avetrana, Carosino, Castellaneta, Crispiano, Faggiano, Fragagnano, Ginosa, Grottaglie, Laterza, Leporano, Lizzano, Manduria, Martina Franca, Maruggio, Massafra, Monteiasi, Montemesola, Monteparano, Mottola, Palagianello, Palagiano, Pulsano, Roccaforzata, Sava, S. Giorgio Jonico, S. Marzano di San Giuseppe, Statte, Torricella.

Nella Carta dei servizi si legge a proposito della mission dell'azienda:

*L'Azienda Sanitaria Locale ha come obiettivo prioritario la centralità del cittadino e la tutela e la cura della salute di coloro che accedono alla struttura e che usufruiscono delle prestazioni sanitarie. L'Azienda, nello svolgere e realizzare la propria mission, ha scelto di dare priorità e valore alle seguenti azioni:*

- ▲ educare il cittadino alla salute;*
- ▲ garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);*
- ▲ garantire efficacia ed efficienza nella gestione e valorizzare le risorse professionali aziendali; acquistare i servizi dagli erogatori pubblici e privati accreditati, migliorando la capacità organizzativa ed il monitoraggio della qualità delle prescrizioni mediche e farmaceutiche; ampliare spazi e occasioni di condivisione e programmazione a livello provinciale con gli Enti Locali, i soggetti Erogatori ed il Terzo Settore.*

*Le attività dell'Azienda si articolano su due livelli: quello strategico e quello operativo che si realizza attraverso i Distretti Sanitari, i Dipartimenti Territoriali, il Coordinamento Socio-sanitario. Il livello strategico: composizione e funzioni. Il governo delle attività è svolto dalla Direzione Aziendale che è composta dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario.*

(Fonte:

<https://www.sanita.puglia.it/documents/36057/87983920/Carta+dei+Servizi+ASL+TA+2019/94ae7913-0c0a-4236-9f50-95bf249a8acc>)



## Cap.2 Il Progetto “Magellano” - Azienda Sanitaria Locale di Taranto 2014

*“La scienza ha un unico scopo, un unico valore, un’unica dignità:  
alleviare all’uomo la fatica di essere migliore”*

(G.A. Maccacaro, “Verso una nuova biologia”, Sassari 1965)

Il quadro normativo internazionale, comunitario e nazionale negli ultimi anni ha sottolineato l’importanza del tema del benessere organizzativo, della salute e della qualità della vita negli ambienti di lavoro. Il decreto legislativo 81/2008 (Testo unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) stabilisce per tutte le organizzazioni italiane, sia pubbliche che private, l’obbligo di valutare e gestire il rischio da stress lavoro-correlato. La valutazione di questi aspetti dovrebbe offrire alle varie organizzazioni l’opportunità di approfondire le aree del benessere e della qualità di vita dei lavoratori (1, 2, 3, 4).

A tal proposito, superata una prima fase pionieristica, ad oggi è possibile disporre di evidenze scientifiche sugli effetti negativi dello stress da lavoro per la salute e il benessere dei lavoratori e per la produttività, l’efficacia e l’efficienza delle organizzazioni lavorative (5, 6, 7).

Già nel 2004 il Dipartimento della Funzione Pubblica, emanando la “Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni” (Gazzetta Ufficiale n.80 del 05 aprile 2004), ha chiesto ai vari enti pubblici di adottare provvedimenti finalizzati ad incentivare il benessere organizzativo dei propri dipendenti, tenendo in considerazione la sfera motivazionale del lavoratore. Successivamente, il Decreto Legislativo 81/2008 ha rimarcato la necessità di avere una visione chiara e dettagliata della situazione esistente per poter progettare un piano d’azione ottimale, con l’obiettivo di realizzare una politica di prevenzione efficace, condivisa e indipendente dai soggetti che producono o possono produrre rischi e danni.

Il benessere organizzativo è stato definito come l’insieme dei nuclei culturali, dei processi, delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro in stretta relazione con la qualità della vita e il grado di benessere fisiologico, psicologico e sociale delle comunità lavorative (8,9).

Lo stesso è da leggersi quale capacità di un’organizzazione di crescere e svilupparsi, promuovendo un adeguato benessere psico-fisico dei dipendenti ed alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi lavora. Le organizzazioni sanitarie stanno attraversando anni di rapidi e continui mutamenti da affrontare per riqualificare l’assistenza. Significa in buona parte far leva sulla competenza delle persone, che contribuiscono alla sua realizzazione, in uno stretto legame di coproduzione, prestando attenzione ai bisogni e alle percezioni delle persone che vivono all’interno delle organizzazioni.

Parlare di benessere organizzativo, dunque, significa considerare l’efficienza e la qualità dei servizi oltre che la tutela e la salute dei lavoratori.

In estrema sintesi è possibile visualizzare una sorta di schema riassuntivo, comunque non completamente esaustivo a fronte dell’estrema complessità della questione:



Rilevato che nella ASL di Taranto nel tempo non era mai stata effettuata alcuna indagine sul clima organizzativo, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) nel 2014 ha ritenuto utile suggerire alla Direzione Aziendale l'avvio di una specifica indagine conoscitiva.

La Direzione Generale ha aderito al "Progetto Magellano", cui hanno garantito il proprio supporto l'Ufficio Stampa e l'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia della stessa Azienda Sanitaria Locale.

Il "Progetto Magellano", elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica ha contato nel tempo l'adesione di oltre 300 Amministrazioni Pubbliche e 52.000 dipendenti. Specificatamente per la ASL di Taranto i questionari distribuiti sono stati 4.394, quelli riconsegnati 2.053 di questi 1.959 sono stati oggetto di analisi.

La percentuale di adesioni dei dipendenti all'iniziativa ha fatto registrare un risultato rilevante, quantitativamente pari al 46,7% degli addetti, con un numero di questionari restituiti che ha posto la ASL di Taranto al primo posto tra le 300 Amministrazioni che hanno aderito al "Progetto Magellano" in tutta Italia.

**Tabella 1.1: Partecipazione all'indagine "Magellano" - 2014**

	Totale questionari consegnati	Totale questionari riconsegnati	Percentuale di adesione
Servizio 118	81	48	59,3 %
Servizio di Riabilitazione	222	140	63,1 %
Strutture centrali	186	89	47,8 %
Dipartimento di Prevenzione	241	167	69,3 %
Dipartimento di Salute Mentale	145	109	75,2 %
Distretti	482	286	59,3 %
S.O. Massafra e Mottola	123	45	36,6 %
SERT	53	49	92,5 %
S.O. Castellaneta	335	112	33,4 %
S.O. Grottaglie	273	231	84,6 %
P.O. Manduria	362	112	30,9 %
P.O. Martina Franca	409	218	53,3 %
S.O. S.G. Moscati	377	182	48,3 %
S.O. SS. Annunziata	1.05	265	24,0 %
<b>Totale</b>	<b>4.394</b>	<b>2.053</b>	<b>46,7 %</b>

Attraverso l'indagine si è ipotizzato, dunque, di offrire una prima occasione per

l'Azienda, finalizzata a individuare e misurare, in modo attendibile e scientificamente corretto:

- ▲ criticità;
- ▲ punti di forza;
- ▲ aree di debolezza meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi;
- ▲ conoscenza di dinamiche e processi interni per i quali sia opportuno progettare specifici interventi formativi o puntuali modifiche strutturali;
- ▲ consapevolezza dei molteplici aspetti che costituiscono la vita della nostra organizzazione, soprattutto in termini di problematicità, al fine di progettare e programmare interventi finalizzati.

Una indagine sul benessere organizzativo è inoltre un importante strumento di *management*, un indicatore dello “stato di salute” dell’organizzazione.

Dai dati a tutt’oggi immessi nel sistema di rilevazione del Progetto Magellano, le aree critiche emerse riguardano:

- ▲ equità organizzativa;
- ▲ percezione stress;
- ▲ richiesta lavorativa;
- ▲ apertura all’innovazione.

In estrema sintesi, la dimensione “equità” ha esplorato l’area della percezione della giustizia e della correttezza del trattamento che l’organizzazione riserva alle persone in relazione ai rispettivi comportamenti ed apporti lavorativi.

Sono stati in tal modo analizzati quattro indicatori:

- ▲ trattamento dei dipendenti;
- ▲ possibilità di carriera;
- ▲ criteri di valutazione;
- ▲ incentivi.

La dimensione “stress” ha analizzato l’area relativa ai vissuti inerenti il peso psicologico delle attività lavorative, con i seguenti quattro indicatori:

- ▲ vissuti legati alla fatica;
- ▲ senso di non possedere la preparazione o le capacità necessarie;
- ▲ livello di stress percepito;
- ▲ sentirsi assorbiti completamente dal lavoro.

La dimensione “compiti lavorativi” ha orientato l’attenzione verso l’area relativa alle componenti della prestazione lavorativa che generalmente si ha motivo di ritenere meno desiderabili.

Sono stati in tal modo presi in considerazione come indicatori:

- ▲ fatica fisica;
- ▲ fatica mentale;

- ♣ eccessivo carico di lavoro;
- ♣ monotonia;
- ♣ eccessivo coinvolgimento emotivo;
- ♣ isolamento, la sovraesposizione al pubblico;
- ♣ diretta responsabilità dei risultati;
- ♣ rigidità delle procedure.

La dimensione “propensione all’innovazione” ha esplorato l’area relativa alla capacità di innovazione dell’organizzazione ed alla sua apertura al cambiamento con nove indicatori:

- ♣ innovazione tecnologica;
- ♣ miglioramento dei processi;
- ♣ *benchmarking*;
- ♣ apprendimento organizzativo;
- ♣ orientamento al cliente;
- ♣ professionalità innovative;
- ♣ competenze innovative;
- ♣ reti interorganizzative;
- ♣ innovazione organizzativa.

Per acquisire i dati e trattare le proprietà qualitative (atteggiamenti) in modo quantitativo – quindi misurabile – si è fatto ricorso esclusivamente alla scala Likert ad ampiezza 1-4<sup>1</sup>, che è una *specie particolare di item chiuso* (10).

I dati, acquisiti con il questionario, sono stati inseriti nel software ricorrendo ad *operatori*<sup>2</sup> del *data entry* mentre il gruppo di lavoro, allo scopo creato, ha utilizzato per l’analisi dei risultati il software messo a disposizione dal progetto per le ragioni precedentemente esposte.

Relativamente ad ogni fattore analizzato è stato possibile acquisire grafici, generali e di correlazione tra variabili (incroci) ed elaborare tabelle esemplificative del dato in termini di frequenze e percentuali. I grafici sono degli istogrammi a barre orizzontali, nei quali viene riportato il valore medio dei singoli fattori/item; presente, inoltre, all’interno del grafico una linea rossa verticale rappresentante la media generale<sup>3</sup> dei fattori/item riportati nel grafico. Le barre degli istogrammi sono state colorate di rosso e di verde a rappresentare rispettivamente punti di forza e di debolezza.

Il confronto tra aree fornisce la chiave per meglio comprendere quali siano i punti di forza e di debolezza delle singole aggregazioni organizzative. Per ragioni di numerosità delle risposte disponibili, i risultati riguardano esclusivamente il questionario rivolto al personale senza responsabilità di struttura. Per ciascuna domanda si presenta il grafico a barre. Nella maggior parte dei casi, è stato richiesto di esprimere il grado di accordo/ disaccordo rispetto a una affermazione, su una scala ordinale con

<sup>1</sup> In alcune domande la scala è 1=mai, 2=raramente, 3=a volte, 4=spesso, in altre 1=per nulla, 2=poco, 3=abbastanza, 4=molto oppure 1=insufficiente, 2=mediocre, 3=sufficiente, 4=buono.

<sup>2</sup> Claudia Caforio (Assistente Amministrativo, Direzione Generale), Barbara Caliandro (Assistente Amministrativo, S.C. Statistica ed Epidemiologia)

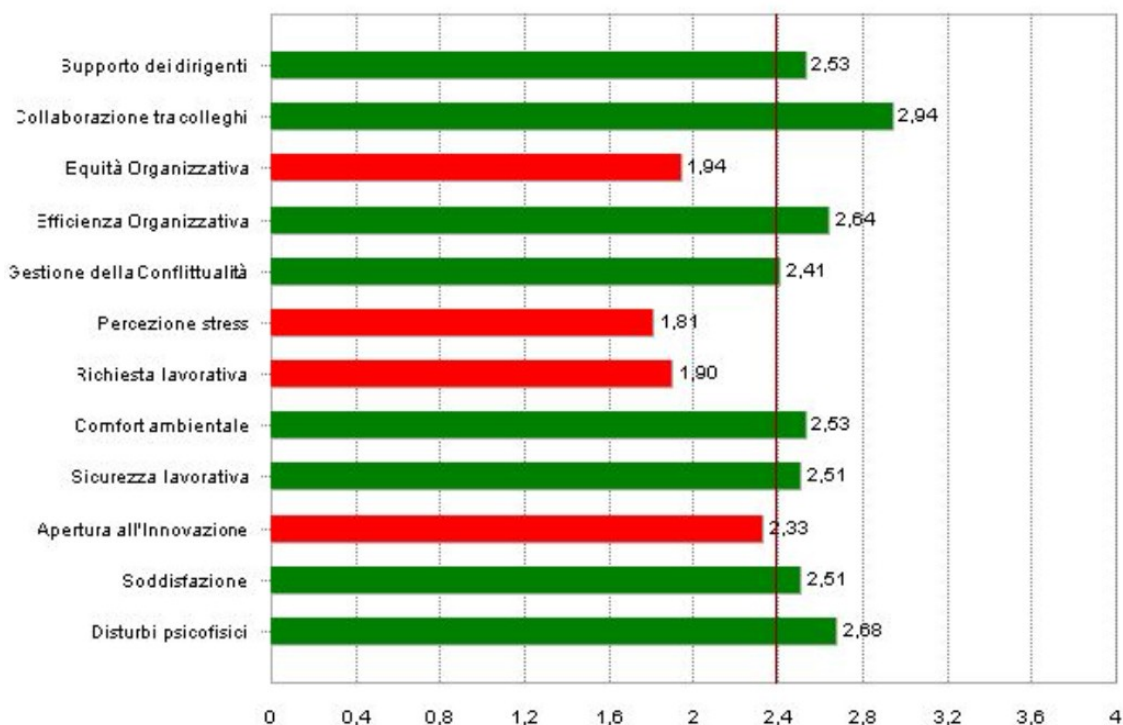
<sup>3</sup> Essa si ottiene sommando il punteggio medio degli item analizzati nel grafico e dividendo tale somma per il numero degli item stessi.

valori compresi tra 1 e 5. In generale, la risposta 1 corrisponde ad un giudizio di pieno disaccordo e 5 di pieno accordo e le domande sono volte in maniera tale che al punteggio 1 è associato il colore rosso, al 2 l'arancione, al 3 il giallo, al 4 il verde e al 5 il verde scuro, in coerenza con il codice colore associato al sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie.

Il programma non sempre ha permesso di automatizzare il calcolo richiedendo l'intervento manuale dell'operatore, mediante la *matrice dati* scaricata dal software.

I risultati di quell'indagine possono essere così riassunti:

**Grafico 1.2: Profilo Generale- Progetto Magellano-2014**



Come si evince (grafico 1.2) i fattori raffiguranti criticità risultano essere: equità organizzativa, percezione dello stress, richiesta lavorativa ed apertura all'innovazione.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto di dover estendere il focus su altri fattori – efficienza organizzativa, gestione della conflittualità, comfort ambientale e sicurezza lavorativa – dato che il gruppo medesimo esprimeva diverse figure professionali detentrici di differenti competenze tra loro integranti. Comfort ambientale e sicurezza lavorativa sono stati percepiti positivamente dai dipendenti ASL poiché gli interventi effettuati in tali ambiti, che hanno prodotto significative migliorie rendendoli gradevoli, risultano essere di recente applicazione.

Rilevati in ciascuna macro area e nei fattori trasversali gli elementi di maggiore criticità ed evidenziate possibili azioni atte a migliorare gli ambienti di lavoro e le relazioni interpersonali e con l'organizzazione, il lavoro prodotto dal gruppo attivato andrebbe integrato attivando uno o più focus group nelle aree calde dove la conflittualità è preminente. Tale tecnica basata su un gruppo reale di persone che discutono tra loro senza particolari mediazioni consentirebbe una conoscenza ravvicinata delle cause sottese a criticità rilevate e problematiche specifiche emerse nei

diversi settori dell'amministrazione. Diffusa la convinzione tra gli addetti ai lavori che l'interazione entro un gruppo stimoli i partecipanti a produrre di più o meglio (11).

Nel 2014 l'Azienda Sanitaria Locale di Taranto ha deciso di aderire ad una nuova indagine sul clima organizzativo promossa dal Sistema Sanitario Regionale della Puglia e realizzata con il supporto tecnico-scientifico del Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. La rilevazione si è svolta tra i mesi di maggio - agosto 2019, in collaborazione con i referenti regionali e aziendali.

Il metodo utilizzato da entrambe le ricerche (2014-2019) è stato quantitativo (statistico) al fine di risparmiare tempo e risorse oltre ad una maggiore facilità di acquisire informazioni considerata l'ampiezza dei campioni.

Se metodi e tecniche sono quantitativi, entrambi conducono, infatti, all'approccio nomotetico, standardizzato, oggettivo, generalizzante che non esclude anche a vantaggio di una maggiore completezza successivi approfondimenti conoscitivi relativamente alle dinamiche e ai processi interni a cui far corrispondere interventi formativi di aggiornamento e di lavoro sulle equipe e sui singoli luoghi di lavoro all'interno dell'Azienda, orientati alle esigenze concrete dei lavoratori.

### *Bibliografia*

1. Cortese CG, Gerbaudo L, Manconi MP, Violante B: L'identificazione dei fattori di rischio stress lavoro-correlato in un'Azienda Sanitaria Ospedaliera: un approccio quali-quantitativo. *Med Lav* 2013; 104: 141-157
2. Emanuel F, Molino M, Ghislieri C, et al: Dalla valutazione dello stress lavoro-correlato alla promozione del benessere organizzativo: il caso di una azienda farmaceutica italiana. *Med Lav* 2016; 107: 364-377
3. Magrini A, Pelagalli MF, Pietroiusti A, et al: La valutazione approfondita dello stress lavoro correlato in una grande azienda in cambiamento. *Med Lav* 2015; 106: 250-260
4. Quaglino GP, Ghislieri C, Colombo L, et al: Il benessere nei call center: un approccio multidisciplinare di ricerca e valutazione. *Med Lav* 2010; 101: 169-188
5. Ardito C, d'Errico A, Leombruni R: Exposure to psychosocial factors at work and mental well-being in Europe. *Med Lav* 2014; 105: 85-99
6. Balducci C: Gestire lo stress nelle organizzazioni. Bologna: Il Mulino, 2015
7. Fraccaroli F, Balducci C: Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni, Bologna: Il Mulino, 2011
8. Avallone F, Bonaretti M, Benessere organizzativo. Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche. Analisi e strumenti per l'innovazione, Roma, Rubbettino editore, 2003
9. Avallone F, Paplomatas A, Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005
10. B. Russo, C. Vasta, Uso combinato di scale Likert e figure tematiche in una ricerca sugli atteggiamenti, in Marradi (a cura di), Costruire il dato. Sulle tecniche di raccolta delle informazioni nelle scienze sociali, Franco Angeli, Milano, 1988
11. C. Bezzi, Cos'è la Valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici, Franco Angeli, Milano, 2007

### Cap. 3 L'Indagine sul clima organizzativo – Azienda Sanitaria Locale di Taranto 2019

Nel 2019, il management strategico dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto ha aderito all'indagine di clima organizzativo promossa dal Sistema Sanitario Regionale della Puglia e realizzata con il supporto tecnico-scientifico del Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

La rilevazione si è svolta tra i mesi di maggio - agosto 2019, in collaborazione con i referenti regionali e aziendali<sup>4</sup>.

Lo studio del clima organizzativo risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di un'organizzazione. Le risorse umane operanti all'interno dell'organizzazione, infatti, rappresentano un fattore in grado di influenzare la performance aziendale. Evidentemente tutto ciò non vuol, dire guardare esclusivamente alla struttura materiale (regole, strumenti operativi, ecc.) ma anche e soprattutto analizzare la componente immateriale (e per questo anche meno quantizzabile attraverso il metodo quantitativo della ricerca) composta da motivazioni, aspettative, gli stati d'animo, le aspirazioni e i comportamenti di quanti nelle organizzazioni vi lavorano.

La soddisfazione del personale è un elemento fondamentale per le aziende perché avere dipendenti e collaboratori soddisfatti, motivati e coinvolti influenza la produttività, il senso di appartenenza e la capacità di innovare, andando ad incidere indirettamente sulla soddisfazione del cliente finale (OECD, 2016).

Nel Report elaborato a conclusione della ricerca si legge:

*«L'indagine di clima organizzativo consente al top management di raccogliere informazioni utili ad orientare interventi non solo in direzione della soddisfazione lavorativa e di esigenze formative specifiche, ma anche verso criticità strutturali, con l'obiettivo finale del miglioramento delle strategie gestionali: il clima organizzativo, se opportunamente gestito, può infatti determinare migliori performance degli individui e garantire un allineamento efficiente dei comportamenti delle persone rispetto alla cultura ed alla strategia dell'organizzazione (Basaglia, Paolino, 2015). I risultati dell'indagine possono essere utili al management per costruire nuove strategie volte a creare un clima positivo, col fine ultimo di migliorare la performance complessiva dell'organizzazione: lo studio delle variabili "soft" di un'organizzazione costituisce un momento importante nel percorso di costruzione dell'ascolto e un'attività necessaria per la costruzione di processi di cambiamento condivisi e, in ultima istanza, più efficaci (Cerasuolo, Campani, Sinigaglia, Seghieri, 2008).» (pag. 6)*

---

<sup>4</sup> Il gruppo di ricerca- Laboratorio MeS Responsabile scientifica: Sabina Nuti Componenti del gruppo di ricerca: Nicola Bellé, Paola Cantarelli, Giorgio Giacomelli, Domenico Cerasuolo, Tiziano Marra, Giuseppe D'Orio, Antonio Parenti, Sara Zuccarino Sistema Sanitario Regionale della Puglia Referente regionale: Giovanni Gorgoni Referente aziendale ASL TA: Emanuele De Fazio

Lo studio ha analizzato in maniera trans-sezionale la condizione percepita dai dipendenti della azienda pubblica ASL Taranto rispetto alla propria condizione di benessere, nonché gli eventuali strumenti messi a disposizione dal datore di lavoro per identificarne i fattori maggiormente responsabili. Questo studio analizza le carenze e le aree di criticità in funzione del discostamento da un valore medio, evidenziando una deviazione negativa come una carenza ed un incremento positivo come un discostamento problematico o positivo, a seconda del valore semantico della domanda. Nel valutare i risultati nell'ottica di un discostamento dalla media, va considerato, tra i vari fattori che possono influenzare i risultati, una condizione di stratificazione della percezione della propria condizione, dipendente in modo sensibile dal ruolo e dalla mansione, nonché dal luogo in cui questi vengono svolti.

L'indagine di clima organizzativo ha coinvolto 39.237 dipendenti delle Aziende sanitarie e ospedaliere del Sistema Sanitario Regionale della Puglia che, nel periodo di tempo dal 15 maggio al 31 agosto 2019, hanno avuto la possibilità di partecipare a tale iniziativa. L'indagine di clima organizzativo è un'indagine a censimento: coinvolge, pertanto, tutti i dipendenti a tempo determinato e indeterminato delle Aziende e degli Enti operanti nel SSR della Regione Puglia. Da un punto di vista metodologico, la rilevazione è avvenuta on-line per mezzo di un software specifico, basato sul c.d. C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interviewing) gestito mediante i server della Scuola Superiore Sant'Anna. Il software LimeSurvey ha permesso la raccolta dei dati utilizzando Internet come canale di comunicazione.

In nessun caso i dati sono stati forniti alle Aziende in forma disaggregata: in questo modo, né il dirigente né l'Azienda potevano richiedere un riscontro sull'effettiva compilazione del questionario da parte del singolo dipendente e sui risultati inseriti. Inoltre gli stessi sono stati comunicati al Laboratorio da parte delle Aziende Sanitarie, tra cui i dati personali dei dipendenti, tramite strumenti informatici e con l'adozione di adeguate misure di sicurezza, nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento n. 2016/679 (GDPR), esclusivamente per il tempo necessario all'espletamento del Progetto e per le sue finalità. Al termine dell'indagine sono state cancellate le informazioni nominative e personali dei rispondenti.

Sulla base del ruolo rivestito dagli operatori, sono stati predisposti due tipi di questionario uno per i dipendenti e uno per i responsabili di struttura semplice/complessa, al fine di distinguere le variabili e le sfumature del clima organizzativo in funzione dei ruoli. Tuttavia, per ragioni di numerosità delle risposte disponibili, i risultati rappresentati all'interno del Report conclusivo hanno riguardato esclusivamente il questionario rivolto al personale senza responsabilità di struttura.

Per ciascuna domanda è stato presentato il grafico a barre. Nella maggior parte dei casi, è stato richiesto di esprimere il grado di accordo/ disaccordo rispetto a una affermazione, su una scala ordinale con valori compresi tra 1 e 5. In generale, la risposta 1 corrisponde ad un giudizio di pieno disaccordo e 5 di pieno accordo e le domande sono volte in maniera tale che al punteggio 1 è associato il colore rosso, al 2 l'arancione, al 3 il giallo, al 4 il verde e al 5 il verde scuro, in coerenza con il codice colore associato al sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie. Si fa presente che, per alcune domande — ad es. quelle sul mobbing — l'associazione tra punteggio (grado di accordo) e colore è invece invertita poiché, contrariamente alle altre domande, l'accordo con le affermazioni proposte corrisponde a un giudizio negativo.

In estrema sintesi, l'indagine di clima organizzativo ha coinvolto tutto il personale a tempo indeterminato e determinato dell'Azienda Sanitaria Locale di



Taranto. All'indagine ha partecipato complessivamente circa il 26,88% della popolazione aziendale di riferimento.

**Tab. 1 Rispondenti con responsabilità di Struttura**

<b>AZIENDA</b>	<b>DIPENDENTI</b>	<b>RISPONDENTI</b>	<b>PARTECIPAZIONE (%)</b>
ASL BRINDISI	326	46	14,11%
ASL TARANTO	234	89	38,03%
ASL BARLETTA-ANDRIA-TR			
ANI	133	51	38,35%
ASL BARI	455	127	27,91%
ASL FOGGIA	116	53	45,69%
ASL LECCE	397	59	14,86%
IRCCS TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"	38	15	39,47%
IRCCS DE BELLIS CASTELLANA	32	17	53,13%
AOU POLICLINICO BARI	228	71	31,14%
OSPEDALI RIUNITI FOGGIA	124	48	38,71%
<b>SSR PUGLIA</b>	<b>2083</b>	<b>576</b>	<b>27,65%</b>

**Tab. 2 Rispondenti senza Responsabilità di Struttura**

<b>AZIENDA</b>	<b>DIPENDENTI</b>	<b>RISPONDENTI</b>	<b>PARTECIPAZIONE (%)</b>
ASL BRINDISI	3573	432	12,09%
ASL TARANTO	4919	1322	26,88%
ASL BARLETTA-ANDRIA-TR			
ANI	3279	437	13,33%
ASL BARI	7750	927	11,96%
ASL FOGGIA	3264	873	26,75%
ASL LECCE	7414	383	5,17%
IRCCS TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"	541	148	27,36%
IRCCS DE BELLIS CASTELLANA	320	170	53,13%
AOU POLICLINICO BARI	3850	830	21,56%
OSPEDALI RIUNITI FOGGIA	2244	344	15,33%
<b>SSR PUGLIA</b>	<b>37154</b>	<b>5866</b>	<b>15,79%</b>

La raccolta dati è stata realizzata attraverso C.A.W.I. (Computer Assisted Web Interview), invito tramite e-mail e accesso tramite una pagina dedicata.

Il periodo di svolgimento è andato dal 15 maggio 2019 al 31 agosto 2019.

Le sezioni in cui il questionario si è strutturato sono state: • il mio lavoro • le condizioni lavorative

- ^ il management
- ^ la comunicazione e l'informazione • la formazione
- ^ il sistema di programmazione delle attività, controllo dei costi e verifica dei risultati
- ^ la valutazione dei servizi interni • la mia azienda
- ^ le conclusioni.

La prima sezione aveva lo scopo di rilevare la percezione del personale rispetto al proprio lavoro e a ciò che lo influenza.

È stato chiesto pertanto al professionista di dare una valutazione, da un lato, dell'adeguatezza delle proprie competenze e, dall'altro, dell'adeguatezza delle competenze dei colleghi, oltre ad esprimere il senso di realizzazione personale nel proprio lavoro.

La seconda quella di rilevare la percezione del personale rispetto alla sicurezza, all'adeguatezza delle strutture, della dotazione materiale e della formazione collegata a queste tematiche, oltre che all'eventuale esperienza di fenomeni di mobbing.

Al personale è stata richiesta, poi, una valutazione del management rispetto alle competenze ritenute necessarie per governare le organizzazioni, ossia la capacità di delegare, di dare un riscontro sul lavoro dei dipendenti, di convocare periodicamente momenti di coordinamento, di responsabilizzare sulla qualità dei risultati conseguiti, di consultare il personale rispetto a decisioni che riguardano la struttura e le unità operative, di prendere in considerazione le proposte di miglioramento, di gestire efficacemente il conflitto. Il questionario prevedeva domande che sondassero la percezione dello "stile" del management.

È stata indagata, poi, l'area relativa alla comunicazione come strumento per definire, realizzare e condividere i valori condivisi, la cultura e la missione aziendale, favorendo internamente ed esternamente la visibilità e il riconoscimento dell'organizzazione e del suo operato.

Sulla scorta dell'importanza esercitata dalla formazione sul benessere dei dipendenti, come più volte rimarcato dalla letteratura scientifica del settore, la quinta sezione si è soffermata sulla formazione all'interno dell'Azienda, mentre la sesta si è concentrata sulle percezioni del personale relativamente ai meccanismi di programmazione e controllo, sulla conoscenza e il grado coinvolgimento dei dipendenti nel processo di formazione e discussione del budget e dell'individuazione degli obiettivi dell'Azienda.

A seguire nel questionario i dipendenti sono stati interrogati sulle percezioni del personale con ruolo di responsabile sulla disponibilità, adeguatezza ed efficacia degli strumenti e dei meccanismi operativi dell'azienda. sulle percezioni del responsabile sulla disponibilità, adeguatezza ed efficacia degli strumenti e dei meccanismi operativi

dell'azienda.

Per finire si è inteso fissare l'attenzione su quanto l'Azienda si faccia promotrice di azioni di cambiamento e processi di innovazione, servendosi in maniera equilibrata delle risorse a disposizione e favorendo, al tempo stesso, percorsi di crescita professionale strutturati e diffusi. L'idea di poter contribuire a creare "valore" sembra disegnare, infatti, il senso di appartenenza.

A conclusione del questionario, ai dipendenti e responsabili di struttura sono state poste alcune domande atte a raccogliere le aree di miglioramento che, nella percezione del personale, risultano prioritarie all'interno dell'organizzazione.

Indagini di questo tipo non possono restare mero esercizio statistico, le stesse infatti rimarcano l'importanza del prendere in considerazione il benessere e lo stress lavorativo dei propri dipendenti al fine di individuare possibili soluzioni che consentano interventi migliorativi sugli ambienti e sui sistemi organizzativi (8).

Troppo spesso le Aziende percepiscono lo strumento dell'indagine conoscitiva su queste tematiche come invasivo, giudicante, come un mezzo che mette in discussione la bontà del lavoro condotto dal management strategico mentre monitorare il benessere dei propri dipendenti è la via per accrescere soddisfazione, efficacia ed efficienza della stessa organizzazione, ottimizzando obiettivi e risultati (9, 10, 11). Nella fattispecie i risultati dello studio condotto all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto sottolineano l'importanza di garantire un adeguato supporto sociale, sia da parte dei colleghi sia dei superiori (12, 13), un adeguato livello di autonomia lavorativa (14, 15), sostenendo il senso di appartenenza (16, 17).

Dal report elaborato è emersa la necessità di realizzare un piano di intervento che sia in grado di agire sulle richieste e sulle risorse che sono state individuate come fattori stressanti e protettivi. Ad esempio potrebbe essere sostenuta e monitorata, attraverso specifiche iniziative, la qualità dei sistemi di gestione del personale legati alla percezione di equità e alle possibilità di carriera e sviluppo professionale.

Le organizzazioni potrebbero da una parte monitorare il passaggio di informazioni e la condivisione delle informazioni, dall'altra offrire percorsi di sostegno alla carriera e allo sviluppo professionale.

Infine, appare importante sottolineare il ruolo fondamentale della formazione che a tutti i livelli e per tutti i gruppi di lavoratori potrebbe soprattutto essere funzionale in relazione al tema del diversity management (18)

Lo studio ha cercato di integrare la valutazione del benessere e dello stress lavoro-correlato, sottolineando l'importanza di mettere in relazione i diversi *outcome* con variabili lavorative classificabili come richieste e risorse (19)

L'indagine di clima organizzativo si è rivelato, dunque, come uno strumento a disposizione del top management per raccogliere informazioni utili ad orientare interventi verso la più piena soddisfazione lavorativa, le esigenze formative specifiche, l'individuazione di criticità strutturali e gestionali (20). A questo serve un'indagine sul benessere organizzativo, ossia a costruire sempre nuove strategie orientate a determinare un clima disteso, costruttivo, positivo, al fine di migliorare la performance complessiva dell'organizzazione a vantaggio di chi opera e di chi riceve prestazioni e servizi (21).

## Bibliografia

1. Cortese CG, Gerbaudo L, Manconi MP, Violante B: L'identificazione dei fattori di rischio stress lavoro-correlato in un'Azienda Sanitaria Ospedaliera: un approccio quali-quantitativo. *Med Lav* 2013; 104: 141-157
2. Emanuel F, Molino M, Ghislieri C, et al: Dalla valutazione dello stress lavoro-correlato alla promozione del benessere organizzativo: il caso di una azienda farmaceutica italiana. *Med Lav* 2016; 107: 364-377
3. Magrini A, Pelagalli MF, Pietroiusti A, et al: La valutazione approfondita dello stress lavoro correlato in una grande azienda in cambiamento. *Med Lav* 2015; 106: 250-260
4. Quaglino GP, Ghislieri C, Colombo L, et al: Il benessere nei call center: un approccio multidisciplinare di ricerca e valutazione. *Med Lav* 2010; 101: 169-188
5. Ardito C, d'Errico A, Leombruni R: Exposure to psychosocial factors at work and mental well-being in Europe. *Med Lav* 2014; 105: 85-99
6. Balducci C: Gestire lo stress nelle organizzazioni. Bologna: Il Mulino, 2015
7. Fraccaroli F, Balducci C: Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni, Bologna: Il Mulino, 2011
8. Magrini A, Pelagalli MF, Pietroiusti A, et al: La valutazione approfondita dello stress lavoro correlato in una grande azienda in cambiamento. *Med Lav* 2015; 106: 250-260
9. Bakker AB, Hakanen JJ, Demerouti E, Xanthopoulou D: Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *J Educ Psychol* 2007; 99: 274-284
10. Emanuel F, Zito M, Colombo L: Flow at work in Italian journalists: differences between permanent and freelance journalists. *Psicol Salute* 2016; 3: 26-46
11. Hantula DA: Job Satisfaction: the management tool and leadership responsibility. *J Organ Behav Manage* 2015; 35: 81-94
12. Biggio G, Cortese CG: Well-being in the workplace through interaction between individual characteristics and organizational context. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2013; 8: 1-13
13. Yarker J, Lewis R, Donaldson-Fielder E, Flaxman PE: Management competencies for preventing and reducing stress at work identifying and developing management behaviours necessary to implement the HSE Management Standards (No. RR-553). London: HSE Books, 2007
14. Bambra C, Egan M, Thomas S, et al: The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 1028-1037
15. Spector PE: Job Satisfaction. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997
16. Mowday RT, Porter LW, Steers R: Employee-organization linkages, the psychology of commitment, absenteeism, and turnover. New York: Academic Press, 1982
17. van Knippenberg D, Sleebos E: Organizational identification versus organizational commitment: self-definition, social exchange, and job attitudes. *J Organ Behav* 2006; 27: 571-584
18. Barak MEM: Managing diversity: Toward a globally inclusive workplace. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 2016
19. Emanuel F, Bertola L, Colomba L: La valutazione del benessere organizzativo: una integrazione del questionario ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione). *Med Lav* 2018
20. Basaglia, S.; Paolino, C. (2015) Clima aziendale: crescere dando voce alle persone. EGEA
21. Cerasuolo, D.; Campani, A.; Sinigaglia, M.G.; Seghieri, C. (2008) La valutazione interna, in (2008) La valutazione della performance in Sanità, 473-503; Edizione Il Mulino
22. OECD (2016) Engaging Public Employees for a high performing civil service, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris.

## Cap. 4 I due studi a confronto (2014/2019)

Due indagini sul benessere organizzativo condotte dalla stessa Azienda Sanitaria Locale a distanza di circa cinque anni invitano ad una analisi dalla quale evincere ulteriori spunti di riflessione, con la dovuta notazione che se pur l'universo coinvolto è simile, differenti sono gli strumenti adoperati e non completamente sovrapponibili le aree indagate.

Per la ricerca del 2019 non è stato possibile disaggregare il dato per età, anzianità di servizio, genere. A proposito di quest'ultimo aspetto, appare, dunque, limitata la possibilità di formulare considerazioni più specifiche soprattutto su temi importanti come le molestie sul posto di lavoro, l'accesso a posizioni apicali, la partecipazione ai processi decisionali, dove andare a differenziare tra M e F sarebbe stato particolarmente significativo.

Nel tempo è cambiato il management strategico committente dei singoli lavori, la composizione del Comitato Unico di Garanzia direttamente coinvolto nella sollecitazione ad approfondire le tematiche e la messa in atto di alcune iniziative suggerite a conclusione della prima indagine al fine di intervenire sulle criticità rilevate. La percentuale di adesioni dei dipendenti all'iniziativa del 2014 ("Progetto Magellano") ha fatto registrare un risultato rilevante, quantitativamente pari al 46,7% degli addetti, con un numero di questionari restituiti che ha posto la ASL di Taranto al primo posto tra le 300 Amministrazioni che hanno aderito al "Progetto Magellano" in tutta Italia. L'indagine effettuata nel 2019 ha raccolto un più contenuto 26,88%.

### Partecipazione all'indagine (2014-2019)

Servizi indicati nella ricerca	Percentuale di adesione 2014 4394 dipendenti/2053 questionari riconsegnati	Servizi indicati nella ricerca	Percentuale di adesione 2019 4919 dipendenti/1322 rispondenti
Servizio 118	59,3%	Emergenza- Urgenza	12,11%
Servizio di Riabilitazione	63,1%		
Strutture centrali	47,8%		
Dipartimento di Prevenzione	69,3%		46,43%
Dipartimento di Salute Mentale	75,2%		20,99%
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche – Ser.D.	92,5%		63,33%
Distretti	59,3%		
S.O. Massa fra Mottola	36,6%		
S.O. Castellaneta	33,4%		
S.O. Grottaglie	84,6%		
P.O. Manduria	30,9%		
P.O. Martina Franca	53,3%		
S.O. G. Moscati	48,3%		
S.O. SS. Annunziata	24%		
		Materno infantile	21,66%
		Medicina	23,92%
		Chirurgia	24,69%
		Misto Medicina-Chirurgico	10,42%
		Servizi di supporto	22,52%
		Territorio	38,49%
		Amministrazione	36,90%
		Altro	7,69%
<b>Totale percentuale di adesione</b>	<b>46,7%</b>		<b>26,88%</b>

È evidente come pur a fronte di una maggiore consistenza numerica di dipendenti le adesioni si siano ridotte tra l'indagine del 2019 e quella precedente.

La partecipazione all'indagine di clima organizzativo può essere considerata espressione della volontà dei dipendenti di prendere parte alla vita aziendale. Bassi livelli di partecipazione possono essere il segnale di uno scarso interesse da parte dei dipendenti a contribuire al miglioramento della gestione aziendale (1) o come, forse, in questo caso dal fatto che poco sia cambiato dall'ultima iniziativa realizzata per sondare il livello di soddisfazione e di benessere dei lavoratori ASL TA. Il 46% degli intervistati riferisce di non aver avuto modo di conoscere i risultati della precedente indagine di clima organizzativo. Così come all'item: *ho utilizzato i risultati della precedente indagine di clima organizzativo per proporre miglioramenti nella struttura che dirigo*, il 67% dei rispondenti della Area Responsabili non va oltre il valore 3.

Il 53% di tutti i dipendenti contattati, compresi i responsabili, si attesta nell'area verde, dunque dell'essere pienamente d'accordo rispetto all'affermazione suggerita: sono orgoglioso di lavorare per il sistema sanitario della mia regione.

### **Risultati e conclusioni dalla comparazione dei dati ricavati dalle due indagini condotte**

Per ciò che attiene all'indagine Magellano, i punti di forza possono essere così riassunti:

**Tabella 1: Punti di forza**

<b>Posizione</b>	<b>PUNTI DI FORZA</b>	<b>Valore</b>
<b>1</b>	<b>Collaborazione tra colleghi</b>	2,94
<b>2</b>	<b>Disturbi psicofisici</b>	2,68
<b>3</b>	<b>Efficienza Organizzativa</b>	2,64
<b>4</b>	<b>Supporto dei dirigenti</b>	2,53
<b>5</b>	<b>Comfort ambientale</b>	2,53
<b>6</b>	<b>Sicurezza lavorativa</b>	2,51
<b>7</b>	<b>Soddisfazione</b>	2,51
<b>8</b>	<b>Gestione della Conflittualità</b>	2,41
	<b>Valore Medio</b>	<b>2,59</b>

Nell'analisi dei punti di debolezza il questionario Magellano ha evidenziato come il valore medio generale dei quattro fattori negativi si attestava al 2,00, molto al di sotto della soglia convenzionale (2,60).

Tra i punti di debolezza dell'ASL di Taranto vi era proprio la percezione dello stress pari all' 1,81, al primo posto tra i fattori negativi, seguito dalla richiesta lavorativa (carico di lavoro) e dall'equità organizzativa ritenuti insoddisfacenti dai dipendenti, mentre molto vicino alla soglia di soddisfazione era l'apertura all'innovazione che dunque tra i fattori negativi era anche quello che desta minore preoccupazione.

Per ciò che attiene alle criticità:

**Tabella 1: Punti di forza**

Posizione	PUNTI DI DEBOLEZZA	Valore
1	Percezione stress	1,81
2	Richiesta lavorativa	1,90
3	Equità Organizzativa	1,94
4	Apertura all'Innovazione	2,33
	<b>Valore Medio</b>	<b>2,00</b>

Il gruppo di lavoro dell'indagine Magellano aveva sottoposto al management strategico una serie di suggerimenti atti ad intervenire per migliorare il benessere organizzativo dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, così riassumibili:

- ⤴ Seminari MIW “Models Internal Working” (Modelli Operativi Interni), attraverso i quali consentire alla persona/operatore di scoprire e attivare le risorse emotive e cognitive favorendo la mobilitazione di strategie in grado di fronteggiare e risolvere eventi e situazioni stressanti; la persona/operatore sarebbe chiamata a farsi attore e regista del proprio sviluppo individuando bisogni, risorse e potenzialità da condividere.
- ⤴ Miglioramento delle procedure: si tratta di individuare le procedure più consone per migliorare un servizio ritenuto eccessivamente impegnativo.
- ⤴ Identificazione di situazioni a rischio ed intervento su di esse: le modificazioni dello stato di salute del lavoratore, intese nel senso di indicatori misurabili ma anche di percezioni soggettive di disagio, sarebbero da analizzare e mettere in relazione a tutte le variabili del proprio micro-contesto lavorativo e poi della macrostruttura di appartenenza.
- ⤴ Gruppi dinamici di incontro: attraverso i quali consentire alle componenti dello stress e del burn-out degli operatori, soprattutto quelli più esposti alle implicazioni emotive della professione sanitaria, di essere indagati e portati alla luce condividendoli con il gruppo stesso. Non è pensabile, infatti, ipotizzare che i comportamenti professionali siano scevri da implicazioni emotive e personali. Le rappresentazioni di questo bagaglio e conoscenze necessitano, al fine di migliorare il benessere organizzativo e la relazione con il paziente, di essere portate in superficie e alla piena consapevolezza della persona/operatore. Scopo

prioritario dei seminari dovrebbe essere quello di apportare conoscenze nuove sia a livello teorico, sia a livello emotivo, garantendo uno spazio di espressione all'interno di un gruppo "protetto" proprio perché aperto all'ascolto e al confronto.

- ▲ Formazione: mirata per Aree e ruolo di appartenenza in relazione agli ambiti risultati critici dal dato disaggregato del Questionario, nella logica che la valorizzazione del personale non rimanda esclusivamente ad incentivi economici, ma anche al processo formativo, peraltro di valenza integrata nel caso in cui coinvolgesse operatori provenienti da differenti servizi.
- ▲ Formazione specifica: che possa dare reale appropriatezza a timori, false conoscenze e sentire comune e diffuso ma non necessariamente supportato da scientificità: un esempio potrebbe essere fornito dalla falsa percezione del rischio derivante dall'uso di videoterminali (pensare che l'esposizione ai PC possa determinare campi magnetici dannosi per la salute, ecc.), pertanto formando gli operatori ad un corretto utilizzo degli arredi e delle potenzialità grafiche dei monitor, spesso troppo personalizzati in grafica e colori.
- ▲ Percorso formativo "Empower Management-Vision and Mission of Quality", già messo a punto dall'U.O.D. Formazione, rivolto alla dirigenza di questa Azienda, nell'ottica della logica della Formazione come Cambiamento nella quale la leadership privilegia le relazioni umane, provvedendo ad una struttura organizzativa e metodi operativi che consentano ai collaboratori di raggiungere i propri obiettivi perseguendo gli obiettivi dell'organizzazione.

Poiché dall'indagine non è possibile ricavare elementi di analisi circa le capacità direzionali del management dell'azienda, tale percorso formativo prevederà una fase di iniziale di "check up psicosociale" che consentirà di avere un quadro generale dell'Azienda circa abilità possedute dai dirigenti, funzioni e cultura organizzativa che consenta di sviluppare, in una seconda fase, una formazione ad hoc, personalizzata rispetto a criticità e potenzialità emerse.

- ▲ Schede di valutazione: la valorizzazione del personale implicherebbe la eventuale rivisitazione condivisa di fattori, criteri e punteggi di tali schede, con finalità di ridistribuire la produttività per abilità e competenze comportamentali e di gestione delle relazioni con colleghi e pazienti/utenti e non solo per criteri numerici e quantitativi.

Esistono buone prassi riferite alla valutazione reciproca tra pari (orizzontale) e dall'alto (verticale), che potrebbero, se ritenute valide, divenire, nel contesto ambientale, sperimentazione.

- ▲ Valorizzazione del concetto di meritocrazia: apportando opportuni correttivi al sistema di distribuzione degli incentivi.
- ▲ Offerta agli operatori dell'opportunità di svolgere un'attività per la quale si sono formati, in cui la prestazione sia la migliore possibile e gli incentivi proporzionati ai risultati conseguiti, significherebbe assicurare una performance prossima a quella ideale.

Questo punto e il precedente scaturiscono dalla necessità di riconoscimento del background posseduto dagli operatori delle differenti skill ed afferente ai diversi settori operativi. Ne consegue un utilizzo appieno delle potenzialità espresse o inesprese ed un apprezzamento dell'investimento personale.



- ▲ Circoli di ascolto organizzativo: che rimandano ad una timida ma significativa esperienza per gli operatori che l'hanno vissuta, denominata “Accompagnare al cambiamento”, messa in campo dall'Azienda, favorendo la creazione di un gruppo di miglioramento orientato all'inclusione socio-lavorativa di utenti afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche e di Riabilitazione, con lo scopo di creare un clima favorevole all'ascolto reciproco e all'integrazione dell'intervento.
- ▲ Concorso di idee: al fine di valorizzare le potenzialità e capacità della persona/operatore, attraverso l'attivazione di bandi, appunto denominati “Concorso di Idee”, su modalità di messa in opera e gestione di servizi ed interventi.
- ▲ Possibilità di armonizzare tempi di vita e di lavoro: con una gestione dell'orario più elastica e orientata al risultato e non quasi esclusivamente alla presenza. Flessibilità, laddove fattibile, non operata in modo indiscriminato, ma sovrapponibile a specifiche e particolari esigenze da condividere e codificare con il supporto delle OO.SS. Ne costituisce un esempio non esaustivo quello riconducibile alle esigenze evidenziate da dipendenti madri/padri con minori: in tal senso sta operando il Gruppo Buona legislazione del CUG attraverso la micro indagine sui congedi e sui reali bisogni dei lavoratori.

In termini di prevenzione del disagio si suggeriva un'analisi psicoattitudinale del personale neo assunto o trasferito presso l'Azienda Sanitaria che possa accompagnare l'attività di sorveglianza sanitaria fatta dal medico competente al fine di ottimizzare le risorse di personale anche in funzione di inserimenti lavorativi più vicini e adeguati alle reali caratteristiche di personalità della persona/operatore.

- ▲ Necessità di mantenere un alto livello di attenzione sugli interventi tecnici.

Analizzando il dato della soddisfazione del personale a conclusione della giornata lavorativa, diviso per Servizi, si evinceva come il Dipartimento di Prevenzione fosse quello con il dato più elevato e il Presidio Ospedaliero quello più basso

**Tabella 3: Giornata lavorativa e soddisfazione dipendente**



Il questionario utilizzato per l'indagine del 2019 si è articolato nelle diverse sezioni rappresentative del complesso costruito del clima organizzativo. In particolare, il dipendente ha espresso un'opinione in relazione a temi quali le condizioni di lavoro, il rapporto con il responsabile e con i colleghi, la formazione, i processi di comunicazione ed informazione. Le domande del questionario sono state raccolte in dimensioni seguendo la validazione dello strumento in uso da parte del Laboratorio MeS nel 2004 e revisionato successivamente (2,3).

Le sezioni in cui il questionario è strutturato sono:

1. il mio lavoro
2. le condizioni lavorative
3. il management
4. la comunicazione e l'informazione
5. a formazione
6. il sistema di programmazione delle attività, controllo dei costi e verifica dei risultati
7. la valutazione dei servizi interni
8. la mia azienda
9. le conclusioni.

Sulla base del ruolo rivestito dagli operatori, sono stati predisposti due questionario: (i)

1. Il risultato relativo all'area Lavoro vede una buona soddisfazione sia da parte dei Responsabili che dei Dipendenti, con un maggiore auto-riconoscimento delle proprie competenze per i Responsabili. Per entrambi, a proposito delle competenze delle persone con cui lavorano, la soddisfazione si attesta oltre il 60%.

**I dipendenti dell'azienda con cui abitualmente collaboro hanno competenze adeguate allo svolgimento del proprio lavoro- Area Responsabili**

	1	2	3	4	5	Numero questionari	Partecipazione
ASL Brindisi	5 19.9%	0 0.0%	12 26.1%	15 32.6%	14 30.4%	46	14.1%
ASL Taranto	0 0.0%	12 13.5%	28 31.5%	33 37.1%	16 18.0%	89	38.0%
ASL Barletta Andria Trani	2 3.9%	7 13.7%	15 29.4%	18 35.3%	9 17.6%	51	38.4%
ASL Bari	4 3.1%	15 11.8%	37 29.1%	54 42.5%	17 13.4%	127	27.9%
ASL Foggia	1 1.9%	8 15.1%	14 26.4%	23 43.4%	7 13.2%	53	45.7%
ASL Lecce	0 0.0%	5 8.5%	18 30.5%	21 35.6%	15 25.4%	59	14.9%
Oncologico	1 6.7%	1 6.7%	2 13.3%	9 60.0%	2 13.3%	15	39.5%
Debellis	1 5.9%	1 5.9%	2 11.8%	10 58.8%	3 17.6%	17	53.1%
Policlinico	2 2.8%	5 7.0%	23 32.4%	30 42.3%	11 15.5%	71	31.1%
AO OR Foggia	2 4.2%	1 2.1%	16 33.3%	22 45.8%	7 14.6%	48	38.7%
SSR PUGLIA	18 3.1%	55 9.5%	167 29.0%	235 40.8%	101 17.5%	576	27.7%

## I dipendenti dell'azienda con cui abitualmente collaboro hanno competenze adeguate allo svolgimento del proprio lavoro- Area Dipendenti

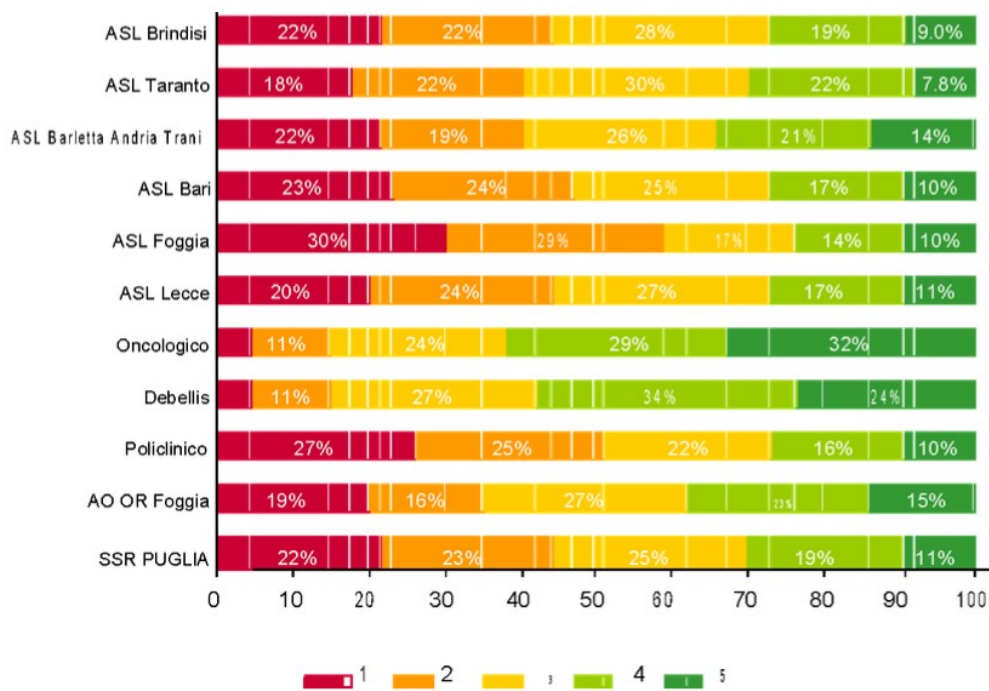
	1		2		3		4		5		Numero questionari	Partecipazione
ASL Brindisi	32	7.4%	45	10.4%	120	27.8%	123	28.5%	112	25.9%	432	12.1%
ASL Taranto	57	4.3%	139	10.5%	435	32.9%	472	35.7%	219	16.6%	1322	26.9%
ASL Barletta Andria Trani	18	4.1%	52	11.9%	148	33.9%	124	28.4%	95	21.7%	437	13.3%
ASL Bari	49	5.3%	127	13.7%	305	32.9%	280	30.2%	166	17.9%	927	12.0%
ASL Foggia	220	25.2%	149	17.1%	187	21.4%	167	19.1%	150	17.2%	873	26.7%
ASL Lecce	22	5.7%	48	12.5%	133	34.7%	109	28.5%	71	18.5%	383	5.2%
Oncologico	3	2.0%	10	6.8%	45	30.4%	52	35.1%	38	25.7%	148	27.4%
Debellis	4	2.4%	10	5.9%	48	28.2%	69	40.6%	39	22.9%	170	53.1%
Policlinico	53	6.4%	119	14.3%	251	30.2%	245	29.5%	162	19.5%	830	21.6%
AO OR Foggia	20	5.8%	37	10.8%	90	26.2%	94	27.3%	103	29.9%	344	15.3%
SSR PUGLIA	478	8.1%	736	12.5%	1762	30.0%	1735	29.6%	1155	19.7%	5866	15.8%

2. Il tema della salute e sicurezza nel posto di lavoro, dell'integrità e della dignità della persona trova un fondamento nella normativa nazionale (D.lgs. 81/2008) che, a vari livelli, promuove questi principi e chiede alle aziende di attivare le misure necessarie a garantirne il rispetto. L'organizzazione è, infatti, un sistema strutturale realizzato da mezzi, azioni e processi, che indirizzano e coordinano i comportamenti delle persone che lo compongono verso il perseguimento della missione aziendale (4): nel tempo si è passati dal considerare solo elementi materiali (i luoghi, le strutture, le attrezzature), quali variabili significative per la creazione di condizioni di lavoro desiderabili, ad includere elementi immateriali, riconducibili all'esperienza relazionale della persona nell'organizzazione (5,6). Le domande sono state tratte dal questionario suggerito dall'ANAC (Autorità Nazionale Anti Corruzione) a seguito del d.lgs. 33/2013.

Il questionario rivolto ai dipendenti e (ii) il questionario rivolto ai responsabili di struttura semplice/complessa. A tal proposito le informazioni e la formazione ricevute sui rischi connessi alla mia attività lavorativa e sulle relative misure di prevenzione e protezione appaiono soddisfacenti per Responsabili e Dipendenti con un risultato migliore soprattutto per i primi.

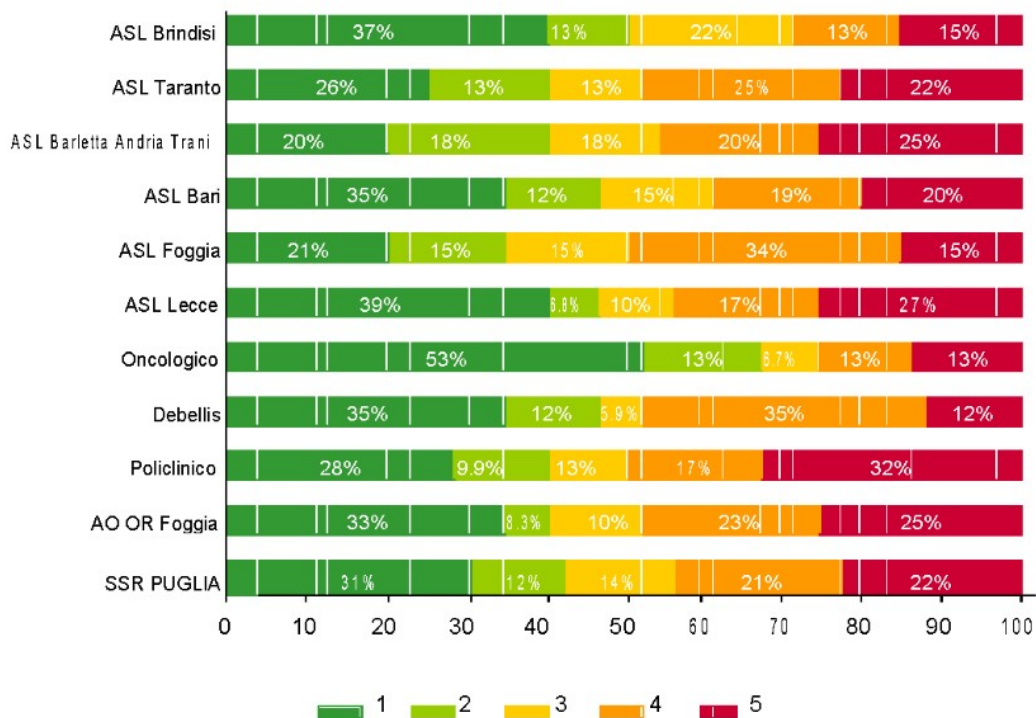
Sembrano più soddisfatti i Responsabili in merito alle attrezzature tecniche a loro disposizione, manifestazione pieno accordo per oltre il 50%.

“L'ambiente di lavoro della mia struttura/unità operativa è adeguato dal punto di vista delle condizioni di pulizia, spazi, ventilazione, manutenzione, arredi” andrebbe migliorato per il 40% dei Dipendenti.

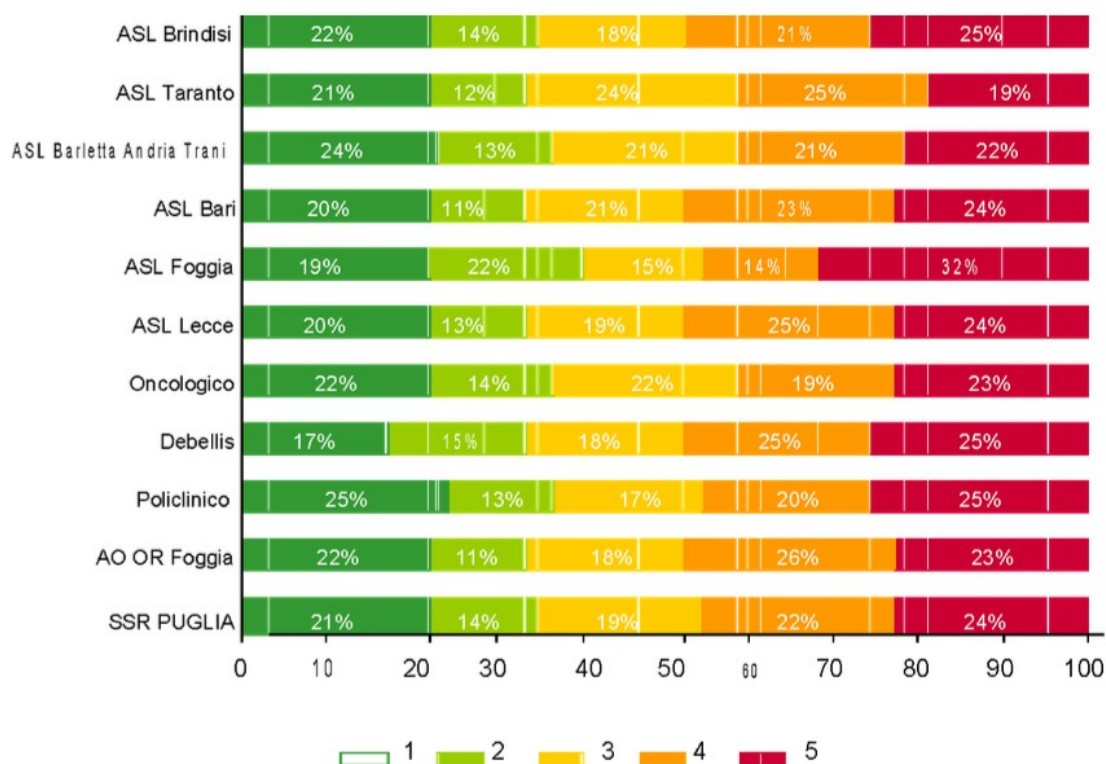


Alle domande più dirette in tema di mobbing e molestie sotto forma di parole o comportamenti idonei a ledere la dignità individuale e a creare un clima negativo sul luogo di lavoro”, il dato rimane più favorevole per i Responsabili, sebbene il giudizio di entrambi si spalma su tutti i valori possibili senza percentuali schiacciati.

## Responsabili



## Dipendenti

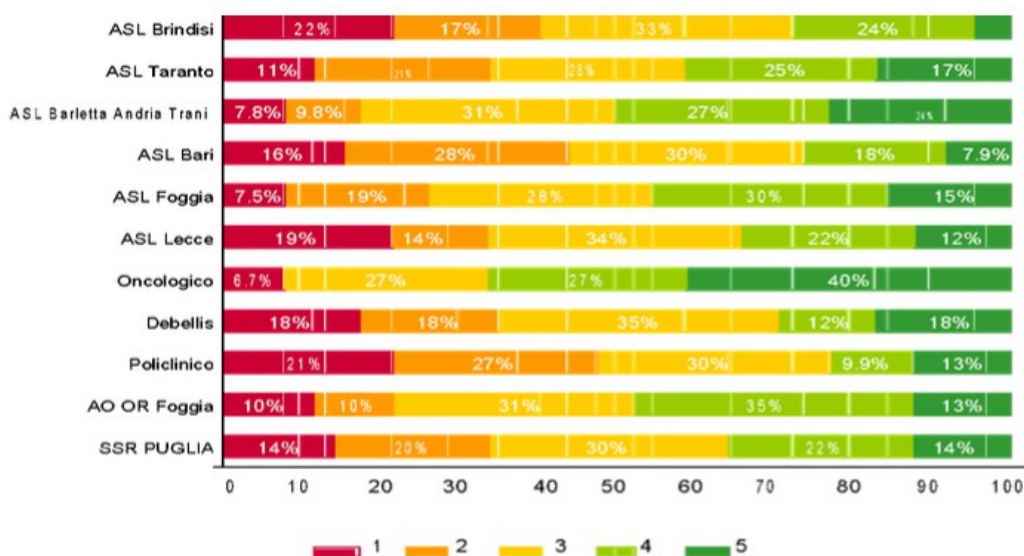


Questo dato potrebbe denunciare una non precisa conoscenza di episodi così come una non conoscenza dei fenomeni e della conseguente riconoscibilità. Evidentemente anche altri fattori potrebbero entrare in gioco nella valutazione non essendoci una riconoscibile puntualità, non disponendo di strumenti condivisi per individuare gli episodi, muovendosi, troppo spesso, sulla scorta di valutazioni soggettive frutto di condizionamenti culturali, di genere, di formazione, ecc.

I ritmi di lavoro sembrano più sostenibili per i Dipendenti, collocandosi il 62% delle risposte nella fascia compresa tra 3 e 4.

3. Tale sezione ha lo scopo di dare evidenza della percezione del personale rispetto al ruolo del management. Il management, infatti, esercita un ruolo cruciale nella vita aziendale, con effetti diretti o indiretti sia sul piano organizzativo che su quello individuale (7,8,9). Al personale è stata richiesta una valutazione del management rispetto alle competenze ritenute necessarie per governare le organizzazioni, ossia la capacità di delegare, di dare un riscontro sul lavoro dei dipendenti, di convocare periodicamente momenti di coordinamento, di responsabilizzare sulla qualità dei risultati conseguiti, di consultare il personale rispetto a decisioni che riguardano la struttura e le unità operative, di prendere in considerazione le proposte di miglioramento, di gestire efficacemente il conflitto. Il management, inoltre, esercita un ruolo determinante nella costruzione del consenso interno ed esterno ai processi di cambiamento e nella riconduzione dei diversi elementi della *vision* aziendale all'interno di una strategia unitaria (10,11). Lo stile di management, infatti, può influenzare le modalità relazionali con i collaboratori ed il livello della motivazione del singolo lavoratore, oltre a favorire le condizioni necessarie al raggiungimento delle performance attese. Inoltre, un recente studio ha evidenziato che le valutazioni espresse dai dirigenti di struttura nei confronti del management sono predittive della performance

organizzativa (12). In particolare, ai dirigenti di struttura semplice/ complessa è stato richiesto di esprimere un'opinione sulla Direzione Aziendale; agli altri dipendenti è stato richiesto di esprimersi sul superiore gerarchico. In quest'area l'insoddisfazione piena dei Responsabili si attesta all'8,9% circa "il modo in cui la direzione aziendale dirige l'azienda".



Il 70% dei Responsabili si dice pienamente in accordo con l'item "mi sento responsabilizzato sulla qualità dei risultati/servizi relativi al mio lavoro", il dato cala di un buon 10% a proposito dell'accordo pieno dell'area dei Dipendenti. Sarebbe interessante approfondire se ciò è da interpretarsi in chiave di autorealizzazione o di peso avvertito.

I Responsabili vorrebbero che la direzione aziendale raccogliesse di più i suggerimenti da parte dei dipendenti per definire le strategie aziendali. Il 40%, infatti, non si sente tenuto in considerazione, sebbene non appare difficile riuscire ad incontrare i rappresentanti del management strategico. I dipendenti rispondono favorevolmente (tra il valore 3 e il 5) all'item "ritengo che il mio diretto superiore svolga bene il suo ruolo" per un buon 82%, sebbene uno su tre è in disaccordo (valore tra 1 e 2) sul far parte di una squadra che collabora per raggiungere obiettivi comuni. Stesso esito ottiene l'affermazione: "nella mia struttura/unità operativa vengo rassicurato e incoraggiato a reagire dopo un insuccesso."

Nonostante qualche perplessità da parte dei Dipendenti circa la gestione della conflittualità da parte dei Responsabili delle Strutture, il 73% del campione (da 3 a 5) consiglierebbe ad altri di lavorare nella sua stessa struttura/unità operativa.

4. Il tema della comunicazione e dell'informazione costituisce un elemento di particolare rilievo organizzativo. Per tale ragione la ricerca ha inteso sondare con un'impostazione differente, come nel caso dell'Area precedente (Management), gli stimoli divisi tra Responsabili e Dipendenti.

La direzione aziendale non sembra favorire bastantemente la diffusione delle informazioni tra le componenti dell'azienda per quasi un dipendente su tre (28% di disaccordo con valori registrati tra 1 e 2). Quasi lo stesso numero di quanti percepiscono di poter apprendere notizie e informazioni ufficiali da voci di corridoio e pettegolezzi tra colleghi.

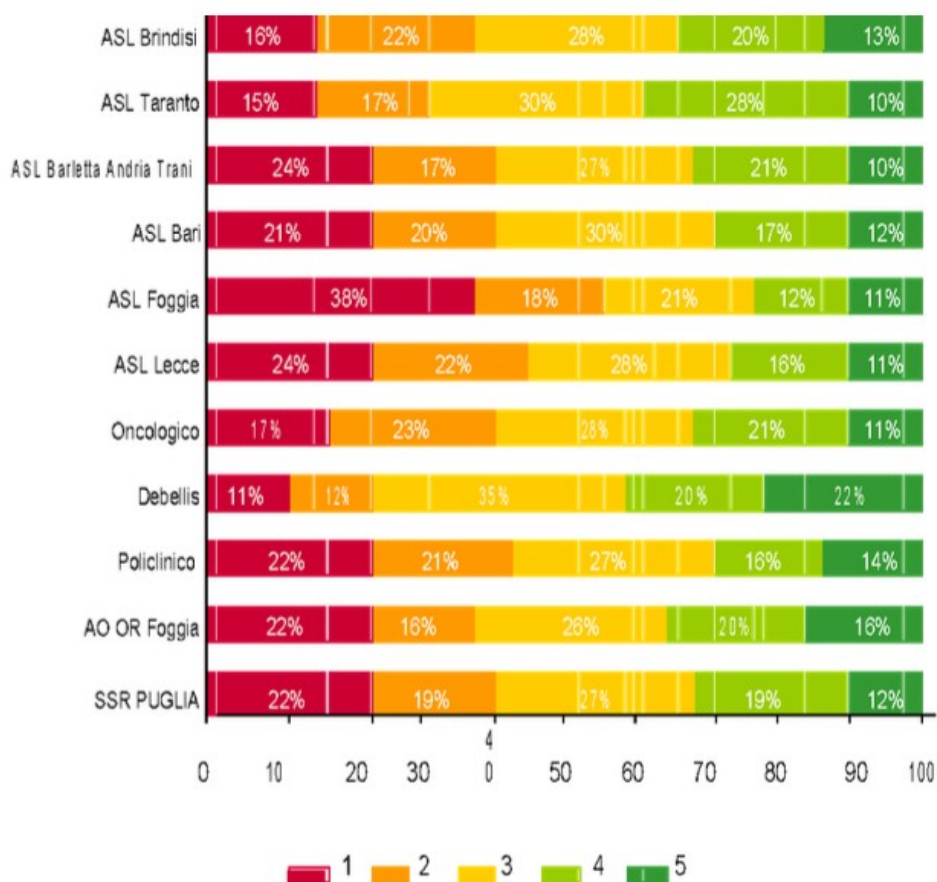
Se i Responsabili conoscono bene l'organigramma della propria Azienda, i Dipendenti fanno più fatica con quasi il 24%. Esattamente il doppio (48%) ritiene di non essere pienamente a conoscenza di obiettivi complessivi annuali della mia azienda (economici, sanitari, di soddisfazione dell'utenza, etc.).

Lo stesso livello di estraniamento e scarsa partecipazione è possibile rinvenirli anche rispetto agli item successivi dai quali appare evidente una sorta di scollamento tra Management e Responsabili (sia pur con delle eccezioni) da una parte e dipendenti dall'altra. Salvo cedere di qualche punto nell'area della facilità di comunicazione con Direzione Aziendale e Uffici Amministrativi e di Supporto.

Distanza e difficoltà di comunicazione che non è ravvisabile tra Responsabili e pazienti, Responsabili e Dipendenti, Responsabili ed altri Responsabili. In questo caso le percentuali di pieno accordo (ultimi due valori della scala) salgono oltre l'80%. Entrambe le categorie lamentano una certa insoddisfazione in merito alla diffusione e alla circolarità delle informazioni.

Lo scambio di informazioni tra il personale sanitario dell'ospedale e del territorio (medici di famiglia e assistenza domiciliare) e chi si occupa dello stesso paziente garantendo un'adeguata continuità delle cure andrebbe migliorato, secondo l'opinione dei Dipendenti.

**Lo scambio di informazioni tra il personale sanitario dell'ospedale e del territorio (medici di famiglia e assistenza domiciliare) che si occupa dello stesso paziente garantisce un'adeguata continuità delle cure - Dipendenti**

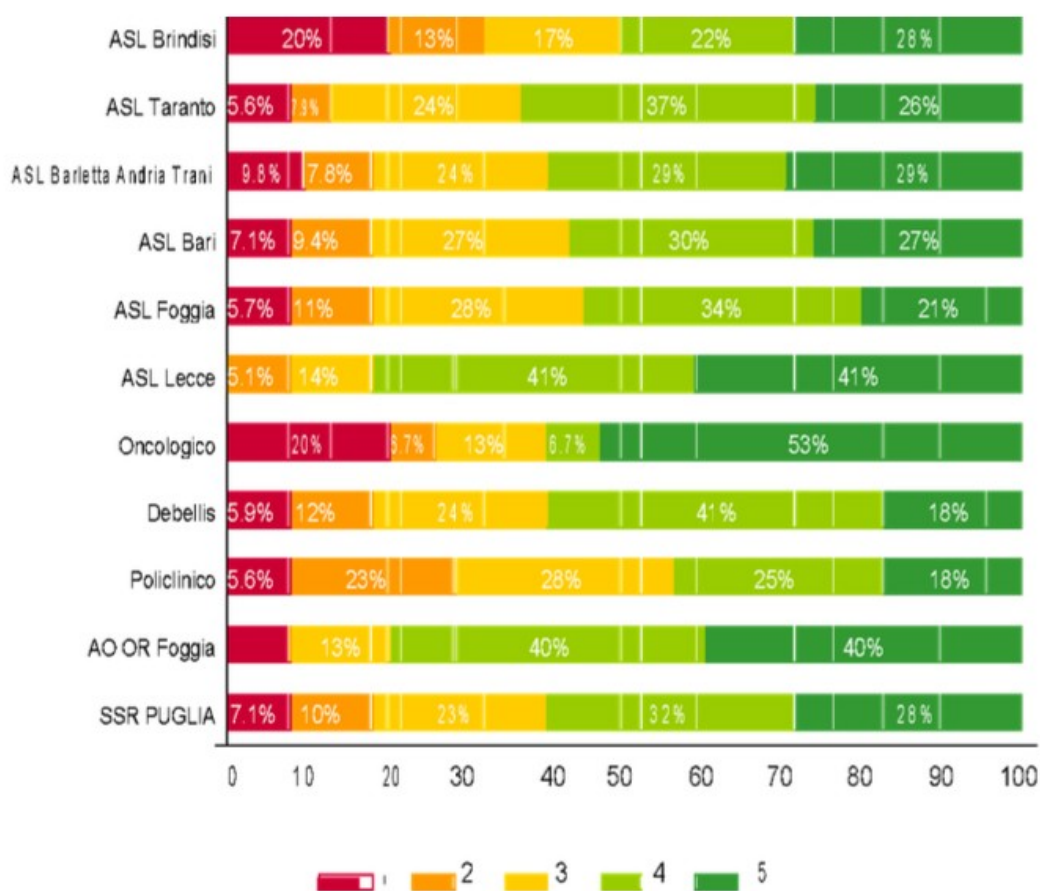


La relazioni tra i singoli e l'organizzazione fondate su processi di comunicazione aperti e strutturati corrispondono, tendenzialmente, condizioni positive di clima interno, per mezzo delle dinamiche collaborative instaurate. Inoltre, un'efficace comunicazione può determinare sul personale effetti significativi in termini di senso di appartenenza all'organizzazione, soddisfazione e livello di auto-stima organizzativa (13,14). La comunicazione, pertanto, può essere lo strumento per definire, realizzare e condividere i valori condivisi, la cultura e la missione aziendale, e per favorire la visibilità e il riconoscimento dell'organizzazione e delle sue attività sia all'interno che all'esterno (15). La condivisione delle informazioni è inoltre un mediatore nella relazione tra la valutazione del management e la performance organizzativa (16). In particolare, la chiarezza con cui sono comunicati gli obiettivi e i risultati aziendali sembra essere un fattore distintivo di buoni livelli di miglioramento della performance (17).

5. La formazione è una delle leve gestionali più importanti per coinvolgere, incentivare e motivare le persone: essa costituisce la base per la creazione di una cultura aziendale e per facilitare lo sviluppo delle professionalità interne, adeguandole ai processi di innovazione, cambiamento organizzativo e comunicazione (18) e assicurando la capacità dell'organizzazione di rispondere efficacemente, nel tempo, alla dinamica dei bisogni esterni.

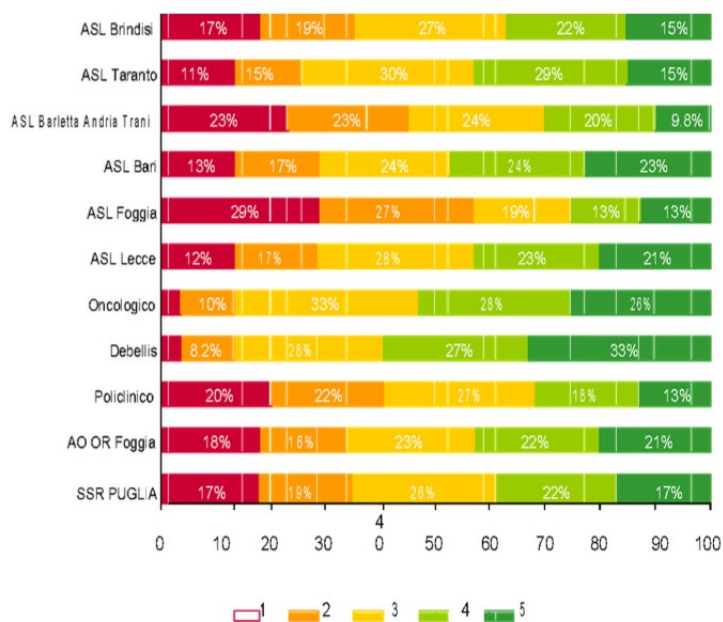
Da ciò che appare sia Responsabili che Dipendenti avvallano l'idea dell'importanza della Formazione, sebbene i secondi vorrebbero addivenire alle informazioni in merito alla stessa con maggiore facilità.

### **Conosco le opportunità formative messe a disposizione dalla mia azienda- Responsabili**



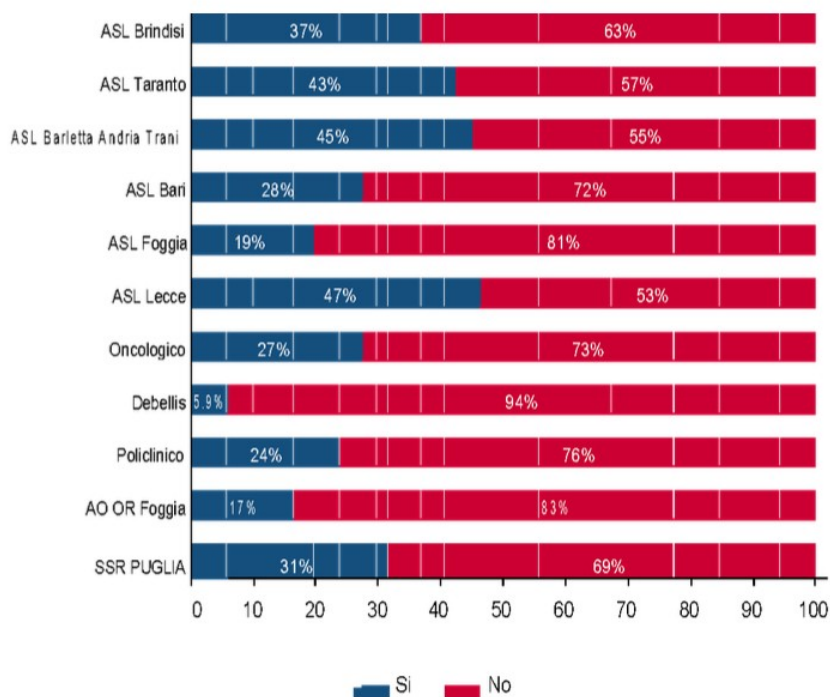


## Conosco le opportunità formative messe a disposizione dalla mia azienda- Dipendenti



L'utilità percepita supera per entrambi l'80% sebbene il riscontro rispetto alla comunicazione tra settori e rispetto al miglioramento della stessa tra collaboratori andrebbe migliorata. Resta un po' più bassa rispetto alle altre Aziende Sanitarie pugliesi la percentuale di quanti hanno risposto positivamente all'item:

**Ho conseguito/sto partecipando ad un percorso formativo per conseguire l'attestato di formazione manageriale per dirigenti di struttura complessa riconosciuto ai sensi del d. lgs. 502/92 e dpr 484/97.**



La formazione che sembra essere meno perseguita, nella percezione dei rispondenti, è quella che mette al centro dell'attenzione la persona, i conflitti, le relazioni e la comunicazione tra colleghi e con i pazienti. Un po' come a dire che la stessa dovrebbe tener maggiormente in conto il fattore umano oltre che quello tecnico e specialistico. Questo dato appare confermato anche da quanto riportato dai numeri ricavati dai questionari delle altre Aziende Sanitarie pugliesi coinvolte nell'indagine.

6) L'Area del sistema di programmazione delle attività, controllo dei costi e verifica dei risultati sembra riservare dei dati piuttosto interessanti. A tal proposito va detto che la partecipazione al processo di definizione degli obiettivi consente al personale dell'azienda di acquisire, interiorizzare e condividere informazioni rilevanti per lo svolgimento delle proprie mansioni; in questo modo, le persone ad ogni livello dell'organizzazione possono contribuire allo sviluppo di strategie capaci di mettere in relazione efficacemente i propri obiettivi parziali con gli obiettivi strategici aziendali, con un effetto migliorativo sul livello di commitment e, più in generale, sulla performance organizzativa (19). D'altra parte, un approccio gerarchico/verticale (c.d. top-down) al processo di formazione del budget può determinare effetti di resistenza organizzativa sugli obiettivi assegnati e, in tal modo, ridurre la capacità dell'azienda di perseguire efficacemente i propri fini.

Anche nella fattispecie sono stati somministrati questionari ad esclusivo appannaggio di Responsabili e Dipendenti mentre una parte è stata resa comune ad entrambi.

Secondo la percezione degli intervistati afferenti all'Azienda Sanitaria Locale di Taranto (tra le più basse, però, delle realtà sanitarie pugliesi sondate dall'Indagine per i Responsabili in media per i Dipendenti) "la mia azienda adotta un sistema di programmazione delle attività, controllo dei costi e verifica dei risultati". Sono i dipendenti a percepire maggiormente che "durante l'anno ci sono momenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi del sistema di programmazione delle attività, controllo dei costi e verifica dei risultati."

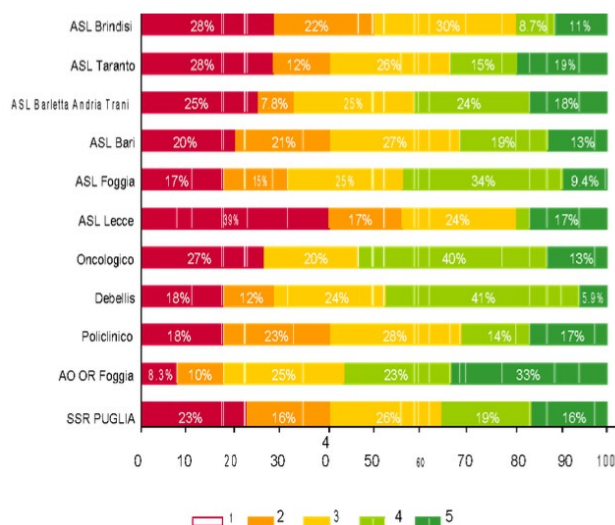
Tali strumenti sembrano orientare ed aiutare più i Dipendenti rispetto ai Responsabili. Se il 57% di quest'ultimi conosce i risultati dei seguenti strumenti: sistema di valutazione della performance individuale, analoga voce è segnata dal 46% dei Dipendenti.

L'87% di questi non conosce i risultati dei seguenti strumenti: sistema di valutazione degli esiti (Piano Nazionale Esiti, PNE) – valore più alto riscontro rispetto a tutte le realtà sanitarie pugliesi sondate dall'indagine- a fronte di un 57% dei Responsabili. Il sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie (sistema bersaglio) è noto al 45% dei Responsabili e ad appena il 14% dei Dipendenti.

Pur essendo il budget uno strumento utile per i Responsabili, gli stessi non sembrano attribuire allo stesso una funzione prioritaria nella conduzione delle proprie funzioni.

Parlando di sanità, di malattie, di pazienti si può leggere questo dato con favore, ossia come un segno di consapevolezza circa l'inconciliabilità tra ciò che è meramente il dato numerico e finanziario attribuito all'operato dei sanitari e l'idea di malattia, cura e benessere.

## Il budget mi aiuta nella conduzione della mia struttura/unità operativa

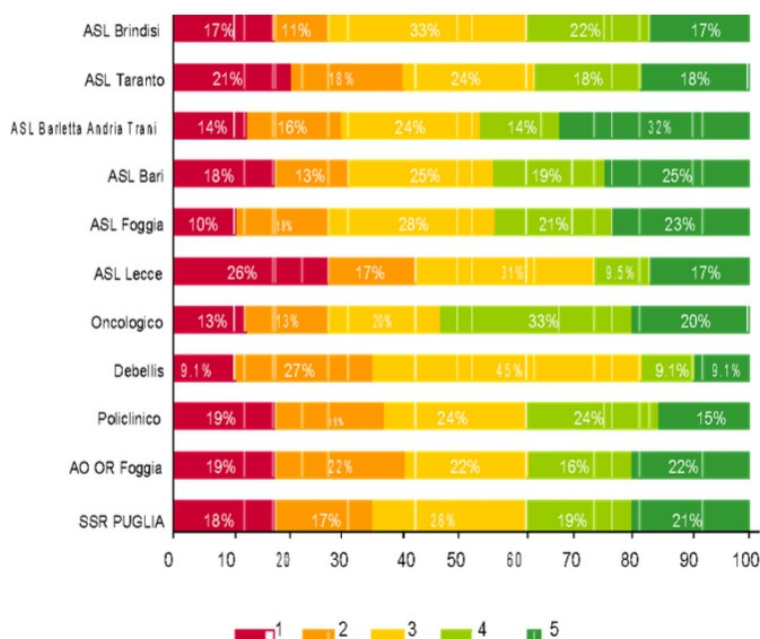


Una maggiore partecipazione è richiesta, sulla scorta del riconoscimento dell'utilità degli specifici audit, da entrambe le categorie per ciò che attiene a “Informazioni relative a audit su casi clinici o problematiche organizzative” e “informazioni relative a rassegne di mortalità e morbilità (m&m review)”.

La conoscenza del sistema di budget e degli elementi che lo stesso include necessita evidentemente di una maggiore conoscenza da parte dei Responsabili (analoghi items non sono stati sottoposti ai Dipendenti), con una certa regolarità circa uno su due se ne ritiene all'oscuro.

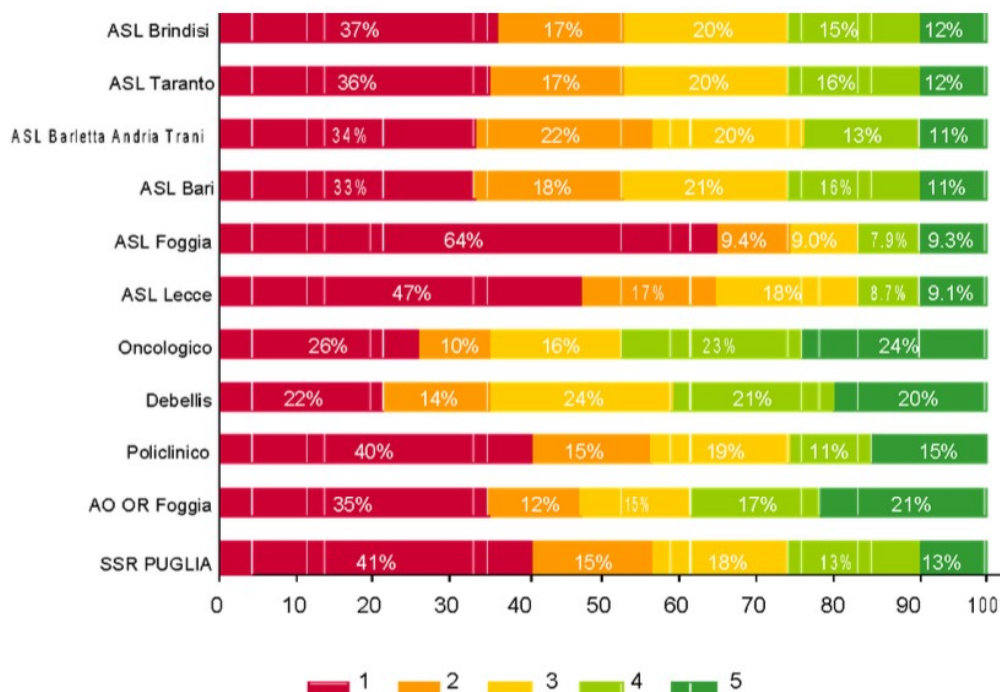
I risultati del sistema di budget dell'azienda è ignoto all'84% dei dipendenti. Molto i dati consigliano di fare circa la sicurezza delle cure.

## Gli audit a cui ho partecipato sono stati utili nel produrre un effettivo miglioramento della sicurezza delle cure nella mia azienda- Responsabili



A tale proposito particolarmente significativo è il dato rinveniente dall'area dei Dipendenti. Nonostante questo scritto si riferisca all'indagine condotta presso l'Azienda Sanitaria Locale di Taranto, non si può ignorare, con preoccupazione, assumendo un significato ancora maggiore nel post Coronavirus, quanto emerge dall'ASL di Foggia.

**Gli audit a cui ho partecipato sono stati utili nel produrre un effettivo miglioramento della sicurezza delle cure nella mia azienda- Dipendenti**

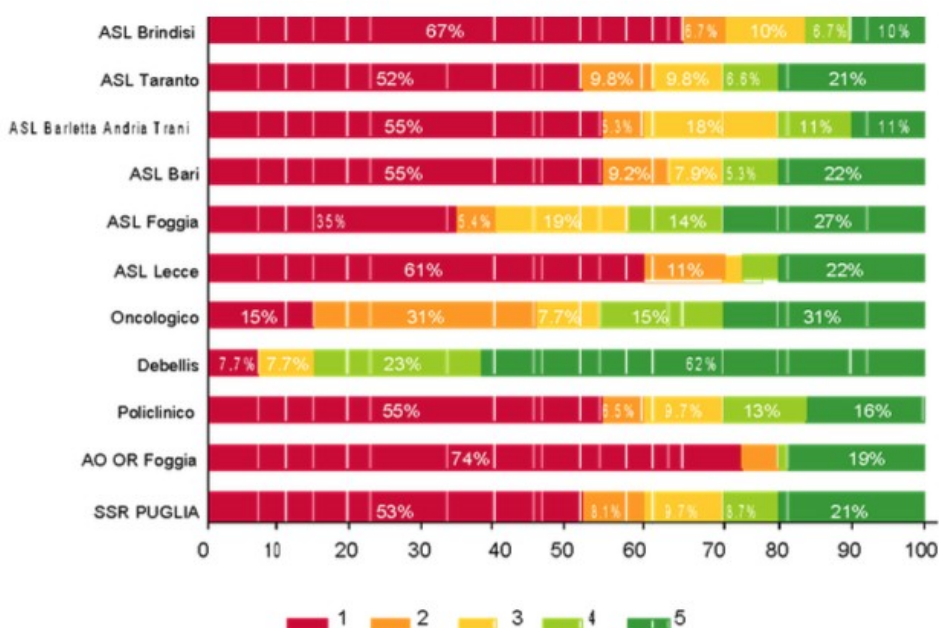


Se i costi e il budget sembrano assumere un peso non eludibile, trasparente dal dato e non solo riferito al territorio jonico, una minore conoscenza degli strumenti utili a valutare la soddisfazione dell'operatore e quella del paziente. Ci sono ma non sono evidentemente percepiti come centrali nel governo del sistema sanitario.

7) L'area della Valutazione dei servizi interni ha proposto una serie di interrogativi sulla qualità dei servizi di supporto, notoriamente fortemente impattante sulla capacità operativa del personale (ad esempio attraverso la disponibilità di beni e servizi strumentali allo svolgimento delle mansioni assegnate) e indirettamente sui processi decisionali interni all'organizzazione (ad esempio attraverso la produzione e l'alimentazione e delle basi informative). Essi costituiscono, dunque, condizioni abilitanti trasversali dell'azione organizzativa in termini di core dell'attività aziendale rispetto a efficienza ed efficacia.

Se gli acquisti, pur nella loro migliorabilità, soddisfano le aspettative, del tutto insoddisfacente è soprattutto per i Responsabili la disponibilità e l'utilizzo cartella clinica informatizzata.

## Nella mia struttura viene utilizzata la cartella clinica informatizzata.



Nell'indagine condotta nel 2019 è stato chiesto, infine, dove l'azienda dovrebbe migliorare, indicando diverse aree:

- ⤴ Comunicazione interna
- ⤴ Valorizzazione delle risorse umane
- ⤴ Percorsi assistenziali
- ⤴ Qualità delle cure
- ⤴ Sicurezza delle cure
- ⤴ Tempi di attesa
- ⤴ Innovazioni tecnologiche
- ⤴ Innovazioni organizzative
- ⤴ Cortesia nei luoghi di cura
- ⤴ Semplificazione dei processi amministrativi
- ⤴ Pulizia e decoro

Se per i responsabili l'Azienda dovrebbe valorizzare risorse umane e cortesia nei luoghi di cura (segnalato dal 70%), il cluster dei dipendenti punta a migliorare innovazioni tecnologiche e organizzative

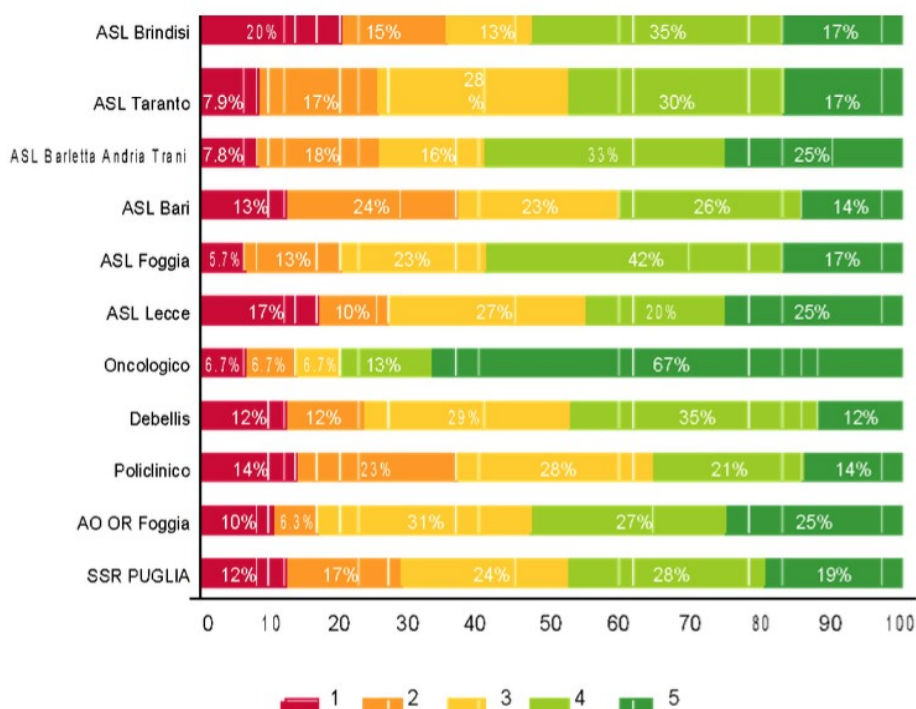
I tempi di attesa sono una voce che raccoglie la richiesta di attenzione di entrambi per oltre il 65% così come si avverte la necessità di migliorare e semplificare i processi amministrativi. La comunicazione interna dovrebbe essere migliorata per oltre il 60% sia per i responsabili che per i dipendenti.

All'item: nella mia azienda/nel sistema sanitario regionale per ottenere un servizio tempestivo è importante fare ricorso a canali informali e/o conoscenze personali, il campione si spacca con un 33% di pieno accordo per i responsabili e un più rappresentativo 46% per i dipendenti.

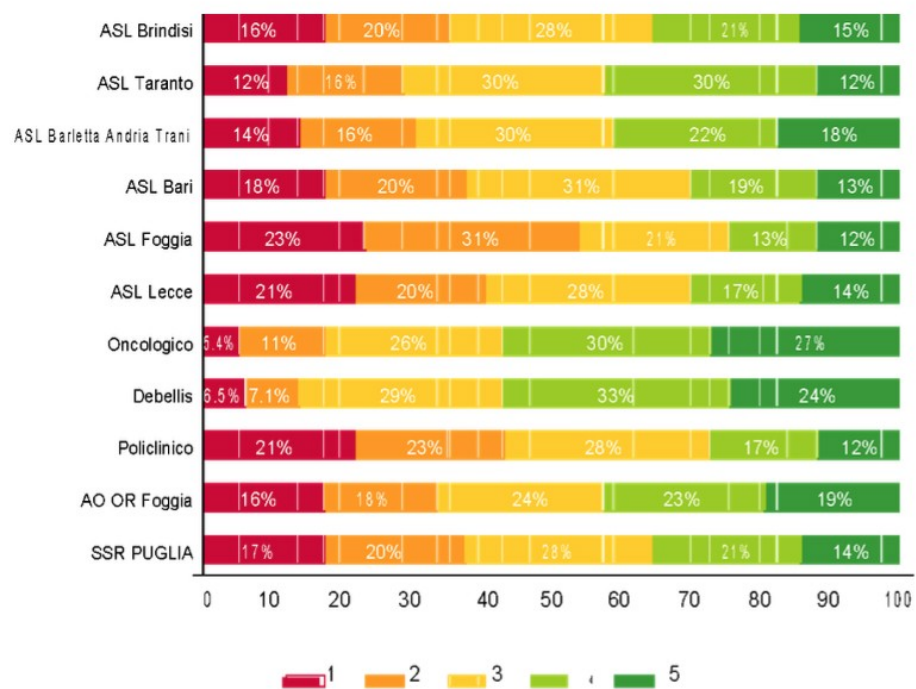
Alla domanda se l'azienda considera la soddisfazione dei bisogni dei pazienti una priorità, i Responsabili si dichiarano più soddisfatti dei Dipendenti, sebbene rimane

un'area critica per entrambi che certamente andrebbe ridotta.

### La mia azienda considera la soddisfazione dei bisogni dei pazienti una priorità-Responsabili



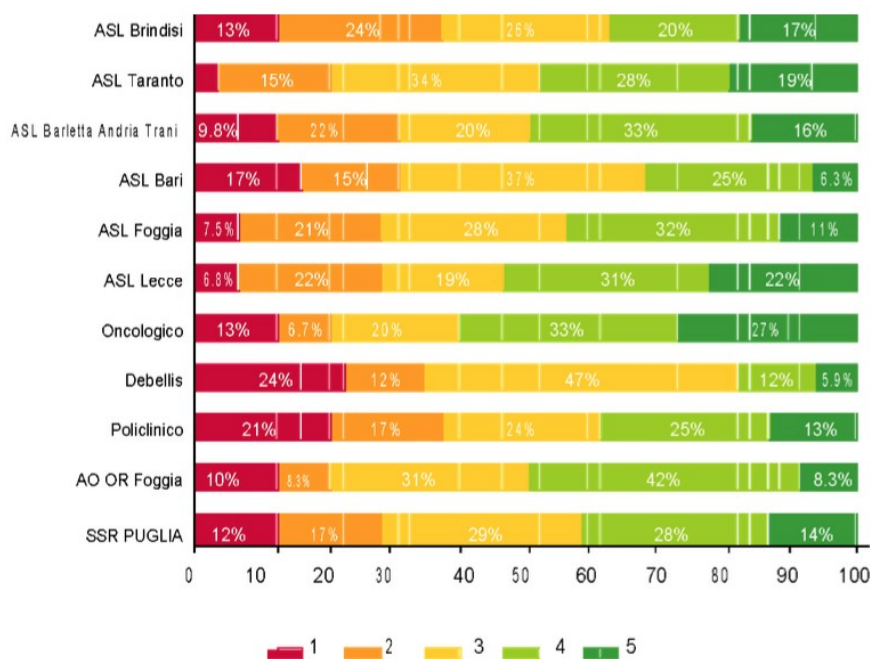
### La mia azienda considera la soddisfazione dei bisogni dei pazienti una priorità-Dipendenti



La volontà di guardare al paziente con maggiore attenzione è confermata da un item di particolare interesse soprattutto per quella che si desume sia la risposta dei

Responsabili.

**Nel caso in cui il paziente abbia problematiche particolari di natura sociale sono previsti interventi specifici per dargli supporto.**



A conclusione è possibile solo parzialmente confrontare i dati dell'Indagine Magellano con quelli dell'Indagine del 2019, e questo perché sono state utilizzate metodologie e strumenti differenti. Sono state indagate aree dissimili con finalità, approcci, aspettative diversi.

Nonostante questo, è possibile, però, trarre delle conclusioni:

Nonostante si evinca un buon senso di appartenenza e di soddisfazione relativa alla propria immagine, il Benessere organizzativo in entrambe le indagini chiede una maggiore partecipazione del dipendente alle decisioni assunte e da assumere da parte del management strategico dell'Azienda, a un livello maggiore di condivisione delle decisioni, degli obiettivi, dei parametri e degli strumenti utilizzati al fine di sentirsi più partecipi delle attività dell'Azienda stessa.

Il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione dipende, infatti, dalla capacità di ottimizzare, integrando i contributi di ogni singola forza in campo, facendo dialogare il lavoratore con il sistema organizzativo. In entrambi gli studi oltre ad un maggiore coinvolgimento appare migliorabile la comunicazione interna, la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici innovativi con modalità più snelle e agili (vedi telelavoro).

Il quadro generale delle analisi evidenzia come lo stress sia da riportare ad un sistema che potrebbe essere più premiante, meritocratico e chiaro a proposito dello sviluppo professionale del singolo lavoratore e del sistema di valutazione della performance. Lavoro svolto e quanto percepito in termini di ritorno oggettivo presentano valori non pienamente soddisfacenti.

In tema di relazioni, le persone valutano come positivo il rapporto con i colleghi così come quello con i dirigenti, senza particolari picchi di gradimento. Sebbene la

percezione dello stress subito non appaia in relazione diretta con la fatica fisica ed il livello attenzionale operativo circostanziato alla mansione (fatica eccessiva e stress eccessivo), l'amplificazione emotiva dell'ambiente di lavoro, degli strumenti a disposizione, delle conoscenze (nuove) acquisite prevale nel determinare una eventuale sensazione di malessere. A tal proposito nel contesto di lavoro è percepita come non completamente adeguata la circolazione delle informazioni sia in ordine alla mission che agli obiettivi strategici ed operativi da perseguire (vedi sistema di misurazione della performance organizzativa ed individuale), così come insoddisfacente appare la conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di vita.

A tal proposito, dall'indagine "Magellano" si evinceva inequivocabilmente come il dato di un totale assorbimento del lavoro come superiore alla media e come determinante della condizione di percezione dello stress derivasse non già da differenze di genere come evidenziato dalla sostanziale sovrapposibilità dei profili tra la popolazione in studio dei due sessi, quanto da criteri temporali ed anagrafici.

La presenza di discriminazioni o molestie in ambito lavorativo e più in generale di mobbing appare nella sua variabilità condizionata da una corretta conoscenza e conseguente percezione dei fenomeni. In entrambe le realtà conoscitive, emerge la volontà da parte del personale (Responsabili e Dipendenti definiti nella seconda indagine) di attenzionare e centralizzare maggiormente il paziente nel sistema della cura e della prevenzione a discapito di un approccio troppo legato a procedure, burocrazia, strumenti organizzativi che poco hanno a che vedere con la salute e la persona (operatore e paziente).

Si evidenzia nello specifico la necessità di:

- ▲ formazione diffusa rivolta a tutto il personale per l'aggiornamento delle competenze al fine di incrementare la motivazione e il senso di appartenenza; - corretta ed estesa circolazione delle informazioni e delle decisioni strategiche dell'Azienda;
- ▲ flessibilità nelle modalità di lavoro al fine di promuovere una migliore conciliazione tempi di lavoro e tempi di vita; - promuovere una formazione che come già messo in evidenza nell'Indagine "Magellano" tenga conto degli aspetti emozionali del lavoro, di relazione con il paziente, con il collega, con il diretto superiore, con il management strategico;
- ▲ promuovere una formazione che faccia crescere il personale facendo avvertire allo stesso che migliorare il proprio ruolo professionale è da riportare al bagaglio conoscitivo ed esperienziale e non anagrafico; - promuovere una formazione che veda coinvolti come formatori i dipendenti dell'Azienda al fine di valorizzarne acquisizioni e competenze, preceduta dalla realizzazione di una mappatura delle competenze e delle conoscenze del personale medesimo al fine di disporre di una sorta di specifica banca dati da cui attingere;
- ▲ implementare la sicurezza sui luoghi di lavoro anche alla luce delle ultime vicende sanitarie che hanno visto coinvolto il nostro intero Paese e degli episodi di aggressioni e violenze verbali raccolte nel tempo soprattutto da parte di alcuni Servizi territoriali e Reparti Ospedalieri;
- ▲ maggiore coinvolgimento delle risorse umane circa gli obiettivi da perseguire e i criteri di valutazione, al fine di fissare puntuali riferimenti in merito alla valutazione delle performance; - valorizzazione delle realtà istituite e da istituire che possano raccogliere la voce dei dipendenti in chiave di benessere



organizzativo e farsene portavoce;

- ▲ valorizzazione delle competenze maturate nel corso dell'emergenza Covid-19 da parte dei dipendenti in tema di smartworking anche al fine di raggiungere il migliore punto di equilibrio tra servizi e benessere organizzato che può contribuire al risparmio da parte delle amministrazioni e a una maggiore sostenibilità in termini di contesto lavorativo e impatto ambientale. Il tutto anche e soprattutto attraverso una formazione adeguata sia dei dirigenti che del comparto con la verifica della prestazione dei lavoratori in lavoro agile, nel rispetto dei parametri temporali e del diritto alla disconnessione al fine di scongiurare i rischi di una illimitata disponibilità da parte del lavoratore.
- ▲ revisione dei modelli organizzativi in funzione di vecchie e nuove esigenze all'insegna della flessibilità e dell'adattamento a specifiche esigenze con una policy adeguata capace di implementare le skills già sviluppate dal lavoratore e da incrementare con specifici percorsi di condivisione e conoscenza.

Il diritto alla salute come è facilmente desumibile da entrambi gli studi non può essere separabili dal diritto al lavoro così come quest'ultimo non può esserlo dal diritto alla salute. Questo concetto non può restare in una sorta di vaghezza che diviene rifugio all'occorrenza. Il diritto alla salute chiede a gran voce un'organizzazione sanitaria accessibile a tutti e da tutti partecipata, chiede il rispetto delle norme da parte di tutti e una prevenzione, promossa e veicolata anche attraverso modi appropriati di vivere e lavorare, come sancito anche da Carte Internazionali sottoscritte anche dal nostro paese (Alma Ata 1978; Ottawa 1986).

Il che comporta dal punto di vista degli operatori della salute: il diritto ad un'ambiente salubre, all'equità e all'uguaglianza, alla sicurezza sui luoghi di lavoro, al riconoscimento delle proprie competenze, alla partecipazione all'intera filiera decisionale quando si stabiliscono obiettivi, modalità e strumenti.

### *Bibliografia*

23. Cerasuolo, D.; Campani, A.; Sinigaglia, M.G.; Seghieri, C. (2008) La valutazione interna, in (2008) La valutazione della performance in Sanità, 473-503; Edizione Il Mulino
24. Nuti, S. (2008) La valutazione della performance in Sanità, Edizione Il Mulino
25. Pizzini, S.; Furlan, M. (2012) L'esercizio delle competenze manageriali e il clima interno. Il caso del Servizio Sanitario della Toscana, *Psicologia Sociale*, Vol. 3 n. 1, 429-446
26. Airolti, G., Brunetta, G., Coda, V. (1994), *Economia, Strumenti Il Mulino*, Bologna
27. Luthans, F.; Norman, S.M.; Avolio, B.J.; Avey, J.B. (2008) The mediating role of psychological capital in the supportive organizational climate—employee performance relationship. *Journal of organizational behavior*, 29(2), 219-238
28. Alastra, V.; Donini, E.; Jon Scotta, L. (2010) Mobbing. Un'indagine empirica sulla leadership e il benessere organizzativo come elementi di prevenzione del fenomeno vessatorio, *Rivista dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte "Psicologi a Confronto"*, Anno 4, n.2
29. Boyne, G.A. (2004) Explaining public service performance: Does management matter? *Public Policy and Administration*, 19(4), 100-117
30. Valotti, G. (2005) *Management pubblico. Temi per il cambiamento*. EGEA
31. Mannion, R.; Davies, H.T.O.; Marshall, M.N. (2005) Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals. *Journal of health organization and management*, 19(6), 431-4391
32. Kotter, J.P. (1996) *Leading change*. Harvard Business Press
33. Fernandez, S.; Rainey, H.G. (2006) Managing successful organizational change in the public sector. *Public administration review*, 66(2), 168-176
34. Vainieri, M.; Ferré, F.; Giacomelli, G.; Nuti, S. (2017) Explaining performance in health care: how and when top management competencies make the difference. *Health Care Management*

- Review. Vol 44 (1)
35. Dasgupta, S.A.; Suar, D.; Singh, S. (2012) Impact of managerial communication styles on employees' attitudes and behaviours. *Employee Relations*, 35(2), 173-199
  36. Dasgupta, S.A.; Suar, D.; Singh, S. (2014) Managerial communication practices and employees' attitudes and behaviours: A qualitative study. *Corporate Communications: An International Journal*, 19(3), 287-302
  37. Goi, A. (2008) *Clima aziendale e gestione delle risorse umane. 270 fattori per analizzare, interpretare, capire e migliorare la qualità del lavoro*, Vol. 13, FrancoAngeli
  38. Vainieri, M.; Ferré, F.; Giacomelli, G.; Nuti, S. (2017) Explaining performance in health care: how and when top management competencies make the difference. *Health Care Management Review*. Vol 44 (1)
  39. Vainieri, M.; Gallo, M.; Montagano, G.; Nuti, S. (2016) Per migliorare la performance quanto conta l'integrazione tra gli strumenti di governance regionali ed aziendali? Alcune evidenze dalla Regione Basilicata. *Mecosan*, 98
  40. Di Callini, D.; La Rosa, M.; Morgagni, D.; Tafuro, C. (2004) *La formazione del management per la gestione delle risorse umane*, FrancoAngeli
  41. Chong, V.K.; Johnson, D.M. (2007) Testing a model of the antecedents and consequences of budgetary participation on job performance. *Accounting and business research*, 37(1), 3-19

#### **Cap.4 Il Servizio sanitario nazionale (Snn) - Tagliare all'insegna dei valori del mercato il ramo sul quale si è seduti- La salute è un valore non una merce**

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) nasce in Italia sul finire degli anni '70 (Legge n.833 del 23 dicembre 1978), fondandosi su tre principi: l'universalità (estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione), l'uguaglianza (accesso alle cure senza nessuna discriminazione) e l'equità (parità di accesso in relazione a uguali bisogni di salute).

Prima della sua istituzione vigevano le "casce mutue" e gli "enti mutualistici", competenti per diverse categorie di lavoratori i quali erano obbligati all'iscrizione con i propri familiari a carico. Era, dunque, il lavoratore e non ancora il cittadino a godere dell'assicurazione sanitaria per cure mediche e ospedaliere, con evidenti differenze in ragione dei contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro.

Risale al 22 dicembre 1888 la prima legge Sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica voluta da Francesco Crispi, insieme all'igienista Luigi Pagliani.

Non molto cambierà con il Testo unico delle Leggi sanitarie di matrice giolittiana-fascista, licenziato nel 1907 e rivisto nel 1934.

È nel secondo dopoguerra, con gli straordinari dettami della Carta costituzionale (a rticolo 32) che l'Italia per prima fisserà l'includibile principio secondo cui: «La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti».

Bisognerà attendere gli anni '70, però, per vederne davvero realizzata l'enorme portata anche se nel frattempo, il Governo Zoli con la legge n.296 del 13 marzo 1958 istituisce per la prima volta in Italia il Ministero della sanità, incorporando l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Salute pubblica (ACIS) dal Ministero dell'interno. Con la legge n.132 del 12 febbraio 1968, - cosiddetta "legge Mariotti", dal nome dell'allora ministro socialista Luigi Mariotti - viene riformato il sistema degli ospedali, la cui gestione, diventati enti pubblici, viene sottratta agli enti di assistenza e beneficenza.

La legge n.386 del 1974 trasferisce i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle regioni.

Solo con il quarto governo Andreotti, su proposta dell'allora Ministro della sanità, Tina Anselmi, la legge n.833 del 23 dicembre 1978, sopprime il sistema mutualistico ed istituisce il Servizio sanitario nazionale (Snn), con decorrenza a partire dal 1o luglio 1980.

Figura straordinaria nel panorama politico italiano, Tina Anselmi pur non votando da deputata la Legge sull'interruzione di gravidanza ne firma il testo così come appone la sua firma anche sulla Legge Basaglia.

Il nuovo sistema sanitario, basato sul ruolo fondamentale delle Regioni, è realizzato su iniziativa di Aldo Aniasi, Ministro della sanità nei governi Cossiga II e Forlani.

A partire dagli anni '90 sulla scorta della legge delega n.241 del 23 ottobre 1992 si è assistito alla trasformazione delle strutture pubbliche da Unità sanitarie locali (USL) in Aziende sanitarie locali (ASL), determinando anche in sanità l'ingresso della logica aziendale, concorrenziale e del contenimento dei costi come virtù.

Eppure, l'articolo 32 della Costituzione italiana, ha qualificando espressamente

come “fondamentale” il diritto alla salute, così come a sua volta l’articolo 168 del Trattato di funzionamento dell’Unione europea (TFUE) ha stabilito che: «Nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività dell’Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.»

La riforma del Titolo V della Costituzione, intervenuta con la legge n. 3 del 18 ottobre del 2001 ha di fatto affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema pluralistico dei centri di potere, ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali.

Nel ridefinire l’articolo 117 della Carta costituzionale le competenze di Stato e regioni sono state così ripartite: le disposizioni generali e comuni per la tutela della salute spettano alla competenza esclusiva statale (vedi requisiti nazionali per accreditamento, linee di indirizzo per l’elaborazione dei Percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali nazionali, distribuzione posti letto, ecc.) mentre la programmazione e organizzazione dei servizi sanitari è da riportare alla competenza regionale.

La Costituzione, ad oggi, riserva alla competenza esclusiva dello Stato: la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti sul territorio nazionale» (art. 117, c. 2, lett. m), la «profilassi internazionale» (art. 117, c. 2, lett. q) e la determinazione dei «principi fondamentali» nelle materie di competenza concorrente, tra cui: «tutela della salute» e «ricerca scientifica»; mentre la concreta attuazione di tutte le disposizioni di principio è attribuita alle Regioni, nelle loro funzioni normative e amministrative.

La “concorrenza” prevista, fuori dall’auspicata accezione di complementarietà ha finito per configurarsi come un vero e proprio macchinoso e iniquo federalismo sanitario (21 differenti sistemi) accrescendo differenze più che generando solidità e solidarietà, con un ampio ventaglio di criticità che vanno dall’aumento dei costi ai tagli indiscriminati ai posti letto e alle strutture sanitarie, dalla mancata valorizzazione delle singole professionalità alla carenza di una reale integrazione tra sanitario e sociale.

In estrema sintesi una riforma stretta tra l’esigenza di far quadrare i conti e l’incapacità di ridisegnare l’intero sistema sanitario sui reali bisogni delle persone.

Da regioni in cui coesistono contraddizioni apparentemente insanabili come livelli insoddisfacenti di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in presenza di mobilità sanitaria passiva che genera aliquote IRPEF più elevate per continuare ad alimentare una sanità locale insoddisfacente al binomio inefficienza-ingiustizia, gli unici strumenti (o poco più) messi in campo dallo Stato centrale, sono stati nel tempo un susseguirsi di infruttuosi Piani di rientro.

Le Commissioni Affari Sociali e Bilancio della Camera tra il 2013 e il 2014 hanno condotto un’indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN dalla quale si è emersa la necessità di rafforzare il ruolo dello Stato nell’indirizzo e verifica dei sistemi sanitari regionali, il tutto finalizzato a garantire un’erogazione omogenea dei LEA su tutto il territorio nazionale (1).

Già nel gennaio 2015 la “Revisione OCSE sulla qualità dell’assistenza sanitaria in Italia” aveva rilanciato la doppia sfida a cui il nostro Sistema era chiamato: conciliare spesa ed efficacia non perdendo di vista la qualità dei servizi sanitari offerti, intervenendo a favore di una più omogenea erogazione degli stessi in termini di eguali opportunità e medesimi standard qualitativi sull’intero territorio nazionale (2).

Il testo di riforma costituzionale, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.88 del 15 aprile 2016 che ha condotto al referendum popolare confermativo del 4 dicembre 2016

recava, tra le altre proposte, il rimaneggiamento della riforma del titolo V della Costituzione. La netta vittoria del NO ha di fatto lasciato invariata la situazione con tutte le sue contraddizioni, conducendo per altro alle susseguenti dimissioni dell'allora Presidente del Consiglio, Matteo Renzi.

In riferimento all'art.117 della Costituzione, il testo proponeva la soppressione della competenza concorrente con una redistribuzione delle materie tra competenza legislativa statale e competenza regionale. Tra le materie attribuite alla competenza statale si richiamavano, anche: le disposizioni generali per la tutela della salute; la sicurezza alimentare; la tutela e sicurezza del lavoro, nonché le politiche attive del lavoro; l'ordinamento scolastico, l'istruzione universitaria e la programmazione strategica della ricerca scientifica e tecnologica.

Universalità, uguaglianza ed equità non possono continuare a restare dettami inascoltati e probabilmente, almeno in parte, resteranno tali senza la determinazione di livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio in chiave sanitaria ma anche civile e sociale di cui lo Stato dovrebbe essere garante per tutti i cittadini.

### **Sanità, politica e mercato: l'antitesi al cubo!**

Il finanziamento del SSN è stato disegnato dal D.Lgs. 56/2000 che ha previsto un sistema di finanziamento basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative, stabilendo che allo stesso concorrano l'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP), l'addizionale regionale all'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) e la compartecipazione all'Imposta sul Valore Aggiunto (IVA).

Il fabbisogno sanitario nazionale standard è pertanto finanziato dalle seguenti fonti:

- ♣ entrate proprie degli enti del SSN ( *ticket* e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti);
- ♣ fiscalità generale delle regioni: IRAP (nella componente di gettito destinata alla sanità) e addizionale regionale all'IRPEF. La fiscalità generale, nelle sue componenti distinte IRAP ed addizionale IRPEF, transita nei conti di Tesoreria. Poiché i valori di gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF considerati per l'anno di riferimento costituiscono valori stimati, qualora i gettiti effettivi risultino inferiori, il differenziale è assicurato dal fondo di garanzia di cui all'articolo 13 del D.lgs. 56/2000. Le risorse relative alle due imposte sono erogate alle regioni ogni mese integralmente (decreto legge 112/2008, articolo 77 -*quater* );

Delle risorse stanziato il 97,95% viene dedicato ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero, i servizi e le prestazioni standard che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare ad ogni cittadino, in maniera gratuita o compartecipata.

A loro volta i LEA – ripartiti per quota capitaria differenziata pesata secondo specifici criteri - hanno puntuali destinazioni che vanno dal 5% destinato alla prevenzione della collettività e del singolo, al 45% all'assistenza ospedaliera, al 50% ai distretti presenti sul territorio.

Ciascuna sanità viene finanziata dalla regione di appartenenza con il Fondo Sanitario Regionale attraverso la quota capitaria. Ogni Regione è costretta, però, ad impiegare risorse proprie nella copertura di eventuali disavanzi di gestione qualora vi fossero spese per livelli assistenziali superiori a quelli previsti dal Piano sanitario

nazionale.

I sistemi di finanziamento tra Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, sono differenti e si differenziano in finanziamento a funzione, per costi di attività particolari e quota capitaria per le ASL e in finanziamento a prestazione, per prestazioni ospedaliere e specialistiche, finanziamento a funzione ed entrate proprie.

In base ai dati relativi al 2018 dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse), l'Italia ha destinato alla sanità risorse economiche pari all'8,8% del Prodotto Interno Lordo (Pil) – nel 2010 era il 7% - una percentuale che scende al 6,5 se si considera la spesa sanitaria finanziata solo con fondi pubblici.

Germania (9,5 per cento), Francia (9,3 per cento) e Regno Unito (7,5 per cento) nel 2018 hanno registrato percentuali di spesa pubblica in sanità più alte. Al di sotto del nostro Paese si collocano nell'eurozona solo i paesi dell'Europa orientale unitamente a Spagna, Portogallo e Grecia.

In numeri assoluti, si tratta per lo Stato di una spesa pro-capite pari a 2.326 euro (2mila meno della Germania), con un tasso di crescita dello 0,90% che considerata l'inflazione media annua all'1,07% si traduce in un definanziamento di 37 miliardi di euro.

A tal proposito la Fondazione Gimbe - fondazione di diritto privato costituita dall'associazione Gruppo Italiano per La Medicina Basata sulle Evidenze nel 2010 - calcola che la parte più consistente dei tagli subita dalla sanità italiana vada collocata, con oltre 25 miliardi di sforbiciate in finanziarie, tra il 2010 e il 2015 (governi Berlusconi e Monti). I restanti 12 miliardi sono serviti per l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica tra il 2015 e il 2019 (governi Letta, Renzi, Gentiloni, Conte) (3). Il tutto ha fortemente pesato sul personale dipendente e convenzionato, basti ricordare la firma del rinnovo dei contratti nel 2019 (al momento per la sola dirigenza sanitaria) dopo oltre dodici anni di latenza da parte del Governo che ancora non allinea le retribuzioni del personale della sanità italiana agli standard europei.

Se in Italia, da dati relativi al 2017, il numero dei medici per abitante è maggiore della media europea: 4,0 per 1.000 abitanti, contro un 3,6 comunitario, sono il riferimento numerico a quanti operano nel servizio pubblico e il dato anagrafico di quelli attualmente in esercizio a suscitare preoccupazioni. Scrivono Ocse e Ue: «*Nel 2017 più della metà dei medici italiani in attività aveva un'età pari o superiore a 55 anni, la percentuale più elevata dell'Ue.*» (Fonte: <https://www.agi.it/fact-checking/news/2020-02-27/coronavirus-sistema-nazionale-ssn-7-243927/>)

Non si tratta esclusivamente del personale medico, il rapporto “State of Health in the EU: Italia, Profilo della sanità 2019” – pubblicato lo scorso dicembre dall'Ocse, dalla Commissione Ue e dall'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie – sostiene, infatti, che il nostro Paese impiega meno infermieri rispetto alla media europea: 5,8 ogni 1.000 abitanti, rispetto agli 8,5 comunitari.

Come si evince, dunque, dall'annuale relazione della Corte dei Conti, la frenata più importante, pari ad un -48% tra il 2009 e il 2017, è attribuibile ai mancati investimenti da parte degli enti e alla spesa per le risorse umane (-5,3%).

In estrema sintesi: poche nuove apparecchiature e calo della disponibilità di personale dipendente pari a circa 46mila unità (tra cui 8mila medici e 13mila infermieri) da collocarsi, fatta eccezione per il Molise, soprattutto a carico delle regioni del sud dell'Italia.

Dai dati reperibili dalle pagine dell'annuario statistico del Servizio sanitario nazionale aggiornati all'anno 2017, i posti letto complessivamente disponibili nelle strutture pubbliche sono 151.646 (2,5 ogni mille abitanti), che sommati alle oltre 40mila unità incluse in strutture private denunciano un poderoso calo del 30% negli ultimi vent'anni. L'unica regione in linea con la media Ocse è il Friuli Venezia Giulia, che conta 5 posti ogni mille abitanti, praticamente pari a quasi il doppio della media nazionale.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'Italia ha a disposizione 164mila posti letto per pazienti acuti (272 ogni centomila abitanti), dato calato di un terzo dal 1980 a oggi. I posti in terapia intensiva sono invece poco più di 3.700, che diventano 5.300 (8,4 ogni 100mila abitanti) se consideriamo anche le strutture private.

Sempre secondo la Fondazione Gimbe negli ultimi dieci anni è stata stimata una perdita di oltre 70.000 posti letto, con 359 reparti chiusi, oltre ai numerosi piccoli ospedali riconvertiti o abbandonati.

In questo stesso arco di tempo, praticamente tutti i Governi hanno sempre attinto da quella che avrebbe dovuto essere la spesa sanitaria per ottemperare a impegni finanziari di altro tipo.

Il depotenziamento come risultante del definanziamento progressivo della sanità italiana è stato perpetuato senza grandi ripensamenti e minime visioni in barba alle raccomandazioni dell'OCSE che nel gennaio 2015 aveva richiamato il nostro Paese a garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non andassero a intaccare la qualità dell'assistenza.

Stabilire delle quote fisse di finanziamento della spesa sanitaria che tenga conto di innovazione, popolazione, inflazione, personale, mettere in sicurezza le risorse per la sanità pubblica, attenzionare possibili sprechi e inefficienze sono solo alcune dei più lapalissiani suggerimenti da sottoporre all'attenzione della classe politica, confidando nella cessazione post emergenza di una cecità colpevole da emendare con una precisa volontà politica: azioni a medio e lungo termine e investimenti rilevanti e mirati.

A tal proposito anche solo l'applicazione dell'ultimo punto dei cinque lanciati dalla Fondazione Gimbe nel suo Report 2019 e, dunque, precedente alla diffusione del Coronavirus, significherebbe un grande passo in avanti per il nostro sistema sanitario nazionale:

*«Mettere in atto in maniera tempestiva e integrata azioni per aumentare il ritorno in termini di salute (value for money) delle risorse investite in sanità: dalla ridefinizione del perimetro dei LEA sulla base di un rigoroso metodo evidence based practice dall'integrazione della spesa sanitaria con la spesa sociale di interesse sanitario al fine di pervenire, nel medio termine, alla definizione di un fabbisogno socio-sanitario nazionale; dalla revisione della spesa fiscale per detrazioni e deduzioni per spese sanitarie e contributi versati a fondi sanitari e società di mutuo soccorso (previa riforma della sanità integrativa) al disinvestimento da sprechi e inefficienze».*

Più di qualsiasi confronto politico, protesta di piazza, rivendicazione, i giorni dell'emergenza Coronavirus hanno evidenziato la folle condotta perpetuata a danno del nostro Servizio sanitario nazionale negli ultimi anni. Al tempo della malattia che non

guarda in faccia nessuno ci siamo ricordati di un sistema che non dovrebbe avere bisogno di eroi, sarebbe come togliere ancora valore a professionisti che ogni giorno si spendono per i propri pazienti. E non saranno tutti ma certamente in tanti, i più. Nei giorni del contagio abbiamo ritrovato questo grande patrimonio di donne, uomini, bagagli, esperienza, professionalità e non era scontato così come non dovrebbe esserlo la straordinaria voglia di giovani medici ed infermieri di trovare uno sbocco lavorativo dopo anni di studio.

Dai giorni della paura sarebbe opportuno fare scaturire il coraggio della vera politica, quella per intenderci che è in grado di mettersi al servizio del Bene della polis e dei suoi cittadini.

In caso contrario allora sì che i conti potrebbero non tornare davvero più.

### **COVID-19 - Nulla sarà più come prima**

Il 9% dei pazienti colpiti dal Coronavirus richiede il ricovero in un'unità di terapia intensiva dove l'assistenza è garantita 24h su 24h (4).

In Italia, a fine marzo 2020, si contano all'incirca 5.300 posti di terapia intensiva e sub-intensiva, divisi tra gli ospedali pubblici (70% circa) e quelli privati (30%). Ciò vuol dire avere la disponibilità di 13.5 posti letto per 100mila abitanti, pari all'incirca il 3.3 per cento del totale dei posti letto utilizzati per i pazienti acuti. Per il Rapporto Anaa-Assomed – sindacato più rappresentativo di Medici e Sanitari del SSN - pubblicato il 4 febbraio 2020 i dati denunciavano una carenza ancora più clamorosa: posti letto per acuti con un rapporto di 2.93 posti letto ogni 1.000 abitanti e 64.558 posti letto per post-acuti con un rapporto di 0.57 posti letto per mille abitanti (5). Sul totale dei posti di terapia intensiva, attualmente oltre 1.000 sono occupati da pazienti con Covid-19.

I tempi di ricovero in terapia intensiva vanno dai 20 ai 30 giorni. Evidentemente i tempi si allungano quando i pazienti sono anziani e portatori di altre ulteriori patologie.

Più in generale il “Rapporto Sanità 2018 - 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale” del Centro Studi Nebo misura dettagliatamente i numeri dell'emergenza. Si scopre, infatti, che si è passati dai 530.000 posti letto del 1981 (di cui 68 mila dedicati all'area psichiatrica e manicomiale) ai 365.000 del 1992, dai 245.000 del 2010 fino ai 191 mila del 2017 (6).

In rapporto al numero di abitanti, siamo passati da 5,8 posti letto ogni mille abitanti del 1998, ai 4,3 nel 2007 ai 3,6 nel 2017.

Stando sempre ai dati del ministero della Salute, rielaborati da Anaa Giovani nel febbraio di quest'anno, nel 2010 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.165 istituti di cura, di cui il 54% pubblici e il 46% privati, oggi il numero è sceso a mille unità, ma a diminuire sono state di più le strutture pubbliche (che ora sono il 51,8% del totale) rispetto alle delle cliniche private accreditate (48,2%). Queste ultime dislocate soprattutto in Lazio (124), Lombardia (72) e Sicilia e Campania (58).

In piena *spending review* - manovra finanziaria del 2011 e 2012 e Legge n.65 del 2012- da emergenza economica, la mannaia del governo Monti si è abbattuta con un taglio orizzontale del 5% delle uscite per tutte le Asl e per tutti gli ospedali, con inevitabile più critica ricaduta su quei territori già in sofferenza per inefficienze e definanziamenti progressivi.



Il tasso di ospedalizzazione, cioè il numero di ricoveri medio annuale per 100 mila abitanti, fu abbassato da 180 a 160. Nello specifico, Emilia-Romagna, Lombardia e Lazio hanno visto la scure tagliare ben 7389 posti letti.

I successivi governi Letta, Renzi e Gentiloni non hanno invertito la rotta, dando seguito ad una delle pagine più buie per la sanità italiana con il passaggio dal 5,2% del totale del finanziamento del sistema sanitario nazionale a carico dello Stato nel 2012 al 4,8% del 2013, al 4,4% del 2014 e così via.

I tagli succedutisi negli anni non hanno, evidentemente, escluso nemmeno le spese relative ai dispositivi sanitari di protezione.

In ordine di tempo *Quota 100* - pensionamento anticipato di chi ha 62 anni di età e 38 di contributi- arrivato con il Governo Conte ha accresciuto la grave carenza di personale, mettendo a rischio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza così come si legge in un dossier pubblicato dagli uffici della Camera e intitolato "La spending review sanitaria", datato al 4 marzo 2020 (7).

Andando a guardare gli ultimi dati ufficiali disponibili del Ministero della salute, il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali (compreso quello degli Istituti di ricovero a gestione diretta), dal personale delle Aziende Ospedaliere, dal personale delle Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale e dal personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Nell'anno 2017 il personale dipendente del SSN ammonta a 603.375 unità di cui 66,8% donne e 33,2% uomini.

La composizione per ruolo è così strutturata: il 71,5% è rappresentato dal ruolo sanitario (Medici e Odontoiatri 23,4%, Infermieristico 58,7%, Altro 17,9%) il 17,6%, dal ruolo tecnico, il 10,7% dal ruolo amministrativo e il restante 0,2% dal ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico costituiscono il 58,7% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 23,4% mentre il 17,9% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie, quali: altro personale laureato; dirigente delle professioni sanitarie; personale tecnico – sanitario; personali funzioni riabilitative; personale vigilanza-ispezione.

Tornando un po' indietro nel tempo è possibile constatare che nell'anno 2013 il personale dipendente del SSN ammontava a 629.713 unità di cui 65% donne e 35% uomini: il 70,9% era rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,7%, dal ruolo tecnico, 2% dal ruolo amministrativo e il restante 0,2% dal ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico costituivano il 58,5% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 23,4% mentre il 18,1% era rappresentato da altre figure professionali sanitarie.

Non è difficile mettere in colonna i numeri per comprendere il depauperamento ostinato e costante subito dal Sistema sanitario nazionale italiano negli ultimi anni.

Facendone le spese in termini di posti letto, personale, infrastrutture, ricerca, la sanità è stata vilipesa, offesa, schernita, asservita agli equilibri(?) economici, alla negazione del concetto di salute come benessere diffuso.

L'emergenza Covid-19 ci ha trovati impreparati, vulnerabili. Abbiamo vissuto lo smarrimento di chi consapevole di averla combinata grossa non può che confidare in ciò che resta, nella sua tenuta affidata alla resistenza delle fondamenta. E non si può dire sia andato tutto bene. Abbiamo giocato con il fuoco nel consueto per ritrovarci a fare i conti

con la cenere nell'inconsueto. E non si può dire che non se ne sia pagato un costo altissimo e non se ne pagherà ancora anche in futuro.

La lama dei costi(del cittadino)/benefici(non del cittadino) ha distinto nettamente il campo dell'economia da quello della sanità come se dovesse esserci necessariamente distanza come se non potesse esserci spazio che per una visione dicotomica, come se accostandoli si alimentasse il più ingenuo degli ossimori.

Il finanziamento del Sistema Sanitario Pubblico non può essere vissuto come una sorta di peso per la collettività ma come una risorsa da proteggere e tutelare da ogni possibile attacco e ridimensionamento imposti da logiche politiche e finanziarie che poco si coniugano con il concetto di benessere e salute.

Giustizia, morale, etica, sviluppo non sono intrusi, al contrario dovrebbero essere le basi di un disegno nuovo che veda muoversi con criterio economia e sanità a vantaggio del più complesso e ampio concetto di salute.

Gli obiettivi a tal proposito devono essere il frutto di scelte centrali in un confronto continuo con il territorio, gli operatori del settore, la popolazione. La salute, infatti, è un Bene di tutti a cui tutti dovrebbero fornire il proprio supporto. L'universalità, l'uguaglianza e l'equità, dovrebbero assumere una dimensione più ampia meglio se transnazionale.

La salute è un valore non una merce. Per tutti.

### *Bibliografia*

1. Camera dei Deputati. Commissioni Riunite V (Bilancio) e XII (Affari Sociali). Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.
2. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014. Raising Standards, Publishing. 15 January 2015.
3. Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale (autori: Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti)
4. <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiologia/quant-sono-e-come-funzionano-i-reparti-di-terapia-intensiva-in-italia> consultato il 31 marzo 2020
5. [http://www.anaao.it/public/aaa\\_8949220\\_fabbisogni\\_2018-2025\\_versione\\_05\\_01\\_2019 .pdf](http://www.anaao.it/public/aaa_8949220_fabbisogni_2018-2025_versione_05_01_2019.pdf) consultato il 31 marzo 2020
6. [https://www.programmazione sanitaria.it/\\_progsan/2018/SSN40-Rapporto.pdf](https://www.programmazione sanitaria.it/_progsan/2018/SSN40-Rapporto.pdf) consultato il 31 marzo 2020
7. [https://temi.camera.it/leg17/temi/controllo\\_spesa\\_sanitaria](https://temi.camera.it/leg17/temi/controllo_spesa_sanitaria) consultato il 31 marzo 2020