

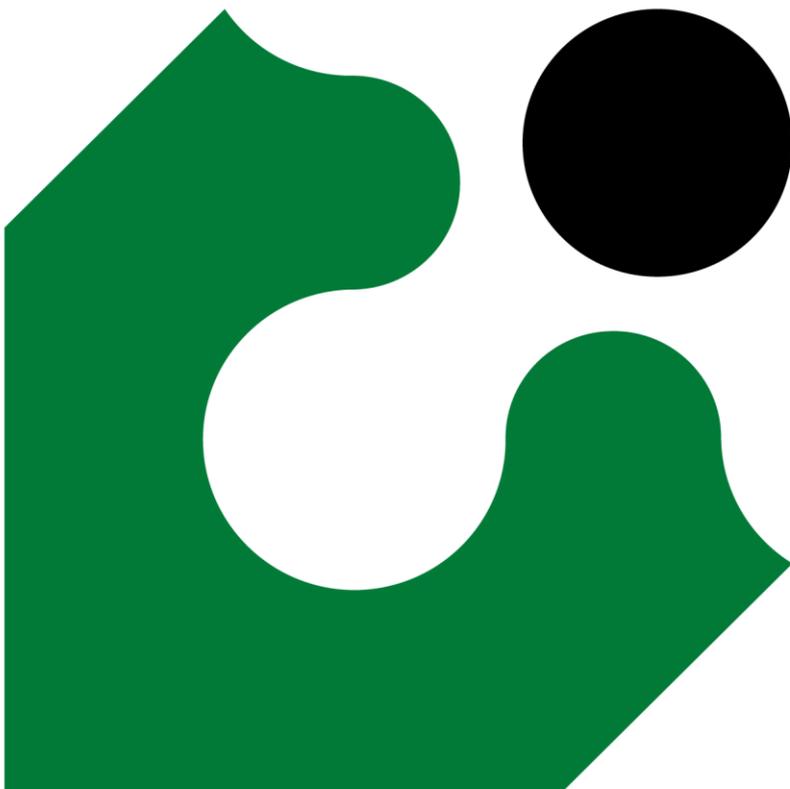
## **IL DSC DALLA DIREZIONE PERIFERICA ALLA CENTRALITA' NEL SISTEMA AZIENDA**

Dr. Paolo Trezza

D.ssa Camilla Caldarini

**Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2022- 2023



# **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

Università degli Studi di Milano

*Paolo Trezza, dir. medico ortopedico, Ist. Ortopedico G.Pini*

*Camilla Caldarini, dir. medico ortopedico, Ist. Ortopedico G. Pini*

## **IL DOCENTE DI PROGETTO**

Prof. Federico Lega

## **IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO**

Pubblicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

## INDICE

INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	4
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	5
METODOLOGIA ADOTTATA	5
DESCRIZIONE DEL PROGETTO	5
SWOT ANALISI	6
ROADMAP	7
IL FATTORE « TEMPO » PER I DSC	11
RISULTATI	13
CONCLUSIONI	14

## **INTRODUZIONE**

La figura del DSC rappresenta oggi un'evidente incompiuta rispetto a quanto disegnato dal CCNL 2016/218 e dalle linee guida nazionali e da quanto richiesto dalle politiche dell'aziendalizzazione ospedaliera del SSN.

Tale condizione è effetto del rilevante scarto teorico e pratico esistente rispetto alla pratica quotidiana nelle singole ASST, ATS, IRCCS.

Il DSC ne emerge, quindi, come una figura ambigua: in parte culturalmente influenzata da modelli del passato come il primato del clinico o il "primario" gerarchico, propri della formazione medica, in parte anche dalla figura del burocrate di reparto, figlia della cultura amministrativa degli anni passati.

Il nostro lavoro si propone di evidenziare le fragilità e i punti di forza di questo ruolo, al fine di promuoverne l'evoluzione verso un grado di maggiore competenza organizzativa e consapevolezza professionale.

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

Il progetto si pone come obiettivo quello di disegnare un nuovo percorso di valorizzazione delle competenze gestionali a cui il DSC è già tenuto a fare riferimento, riducendo il rumore di fondo delle responsabilità cliniche a tutto vantaggio di una nuova e consistente consapevolezza strategica.

L'evoluzione della figura e del suo ruolo, all'interno dell'azienda, deve seguire necessariamente una direttrice che porti ad un maggiore coinvolgimento del singolo Direttore all'interno del management aziendale.

Questo obiettivo deve essere conseguito attraverso la creazione dinamica di interazioni all'interno dei singoli Dipartimenti e fra le Strutture Aziendali, così come mediante lo sviluppo di una capacità di dialogo strategico con le Direzioni.

Da ultimo, è fondamentale l'acquisizione da parte del Direttore, di una coerente capacità di gestione delle risorse assegnate: in particolare nel modulare e coinvolgere le risorse umane al fine di valorizzarne le attitudini e di accrescerne le competenze singole e di Team.

### **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

I destinatari del progetto sono i direttori di S.C., al fine di fornire le basi per il successo di una struttura organizzativa, sviluppando la loro capacità di gestire in maniera efficace ed efficiente i processi dall'interno della struttura stessa.

Il Direttore deve pianificare e coordinare le attività dell'intera struttura, definendone gli obiettivi, programmi e progetti. Deve gestire le risorse umane, tecnologiche ed economiche della struttura assicurandone un corretto utilizzo ed una efficiente integrazione.

Ogni attività della S.C. viene controllata dal DSC per poter garantire l'osservanza della normativa, dei regolamenti e la best practice clinica.

Utilizzare indicatori per eseguire un monitoraggio specifico e puntuale dei risultati raggiunti ed implementa correttivi puntuali.

Sviluppa, poi, il confronto e l'integrazione con i vertici aziendali per definire sinergicamente obiettivi e strategie sostenibili.

### **METODOLOGIA ADOTTATA**

Tale evoluzione può essere indotta e monitorata attraverso l'acquisizione seriale di questionari di autovalutazione e di rilevazioni del benessere lavorativo dei Direttori oltre che dalla valutazione diacronica delle schede di valutazione dei Dirigenti medici ad essi sottoposti oltre che dall'istituzione di un sistema di valutazione bottom up aziendale.

Un programma di confronto serrato e verbalizzato con i servizi di gestione operativa e gestione economica dell'azienda, cui faccia seguito un percorso di auditing, è in grado di permettere la valutazione della competenza gestionale e patrimoniale del singolo Direttore.

La definizione annuale degli obiettivi strategici della SC all'interno della più ampia cornice degli obiettivi dipartimentali ed aziendali può essere oggetto di valutazione successiva allo scopo di evidenziare eventuali carenze o storture e di modellare le scelte iniziali alla luce delle necessità emergenti.

### **DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

Il progetto consiste nella rilevazione dei punti di forza che sono connessi al ruolo del Direttore di Struttura Complessa, sia che si tratti di acquisizioni tipiche della formazione specifica di carattere tecnico e scientifico, sia che si tratti di acquisizioni di competenze e conoscenze legate al vivace mondo delle Società Scientifiche e della ricerca biomedica cui la normativa in tema di Educazione Continua in Medicina vincola il Dirigente Medico.

Vanno poi esaminati mediante una swot analysis quelli che sono i contesti di fragilità della figura del DSC, reali e percepiti. Tali tematiche emergono soprattutto dal sentirsi del Direttore come

altro rispetto alla struttura aziendale e con una scarsa capacità di dialogo ed interazione sia con il management della stessa che con staff di supporto che tecnostruttura.

## **SWOT ANALISI**

### 1) PUNTI DI FORZA

- a. Autonomia decisionale e organizzativa nell'ambito dell'UOC
- b. Sapere tecnico specifico nei confronti della DS e management aziendale
- c. Mantenere solidi rapporti in ambito tecnico e scientifico nazionale ed estero, in grado di orientare le scelte operative (che costituiscono un significativo potenziale di innovazione)

### 2) PUNTI DI DEBOLEZZA

- a. Potenziale punto di attrito fra l'Alta Direzione (Strategic Apex) e la base operativa (Working Core)
- b. Eccessiva burocratizzazione del sistema aziendale che relega le competenze culturali del DSC in posizione subalterna rispetto al management aziendale, la tecnostruttura e lo staff di support
- c. Difficoltà nell'adottare politiche di valorizzazione e organizzazione efficiente del personale dell'UOC
- d. Mancata implementazione di strumenti di valutazione oggettivi e operative
- e. Percepire gli obiettivi aziendali come un vincolo operativo e non come un terreno di progettazione condivisa e contrattata

### 3) OPPORTUNITA'

- a. Valutare l'impatto dell'evoluzione del modello dirigenziale e di approccio personale, che attenui le specificità cliniche a tutto vantaggio delle competenze manageriali.
- b. Promuovere un trasferimento bidirezionale delle competenze attraverso un confronto attivo con le direzioni, per orientare le scelte organizzative
- c. Valorizzare il dinamismo e le interconnessioni all'interno dei dipartimenti
- d. Sviluppare e la validazione di sistemi di valutazione e promozione delle competenze oggettive
- e. Promuovere e definire obiettivi di programmazione e budget bottom-up
- f. Promuovere istanze organizzative in grado di influenzare positivamente la strategia aziendale in collaborazione con la Direzione Strategica

### 4) RISCHI

- a. Copertura mediatica sfavorevole da parte delle strutture sanitarie competitor
- b. Competitor Privati Emergenti
- c. Cambio dell'assetto normativo aziendale
- d. Cambio dell'assetto normativo nazionale
- e. Cambio culturale e delle abitudini dei pazienti
- f. Cambio paradigma sanitario (pubblico-> privato)

- g. Incerta capacità d'intercettare i pazienti che si rivolgono al momento a strutture private territoriali
- h. Possibile aumento della concorrenza nel breve termine con ripercussioni sui piani di sviluppo delle startup

Lo scopo del progetto è quindi quello di tracciare un percorso che sia contemporaneamente di presa di coscienza del ruolo chiave del Direttore all'interno del middle management aziendale per liberarne le capacità di innovazione e di progettazione all'interno di nuove reti di collaborazione e scambio verticali e trasversali, oltre che l'abbandono di schemi comportamentali e programmatici da best clinician.

### **ROADMAP**

Per entrare negli aspetti progettuali è importante individuare quali azioni possono essere poste in essere dalle Direzioni Strategiche per promuovere l'evoluzione di una nuova "generazione" di DSC all'interno delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e le Aziende di Tutela della Salute, così come quali azioni ogni DSC debba intraprendere all'interno della propria Struttura e nel contesto del dialogo fra strutture omologhe.

Per quanto attiene all'ambito della **Direzione Strategica** i campi di azione possono essere individuati in tre aree:

1. selezione del candidato
  2. promozione di una solida integrazione dei DSC nelle scelte strategiche e di budget riscontrandone una significativa responsabilizzazione
  3. valutazione attiva dell'operato dei DSC nel governo e sviluppo della Struttura complessa di cui sono affidatari
1. L'area della selezione deve prevedere:
    - La valorizzazione del profilo soggettivo dei candidati per approfondirne, oltre che le competenze tecniche specifiche della specialità clinica, anche il profilo caratteriale e onde riscontrarne le irrinunciabili doti di leadership. Non è mai inutile ribadire che una solida preparazione tecnica e culturale è condizione necessaria per ogni dirigente medico, ma non sufficiente per un DSC. In aggiunta, in sede di esame una valutazione del profilo caratteriale del soggetto attraverso semplici sistemi di profilazione psicologica.
    - La definizione del profilo oggettivo deve prevedere solidi prerequisiti manageriali e organizzativi, con un rilievo pari se non superiore alle competenze tecniche e cliniche del candidato che, come già indicato, dovrebbero essere state già oggetto di attenta e raffinata selezione concorsuale al momento della assunzione con la qualifica di dirigente medico.
    - La "ripesatura" dei punteggi delle singole voci di curriculum a vantaggio delle voci più inerenti agli aspetti gestionali (la voce II "*Posizione funzionale del candidato nelle strutture e sue competenze, inclusi eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni*

*di direzione*”) rispetto, ad esempio, alla presenza di tirocinii esteri o attività di didattica formale o partecipazione a congress

- L’obbligatorietà di possedere già una certificazione di Corso Manageriale per DSC ( o assimilabile)al momento della partecipazione al concorso, prevedendo la deroga per quei soli soggetti che rivestano per necessità aziendali un incarico di facente funzione.
2. Per quanto attiene **all’integrazione dei DSC** nelle politiche e nelle strategie aziendali, con una fattiva e consapevole responsabilizzazione della loro figura all’interno di esse, è da ritenersi fondamentale la dimensione dipartimentale, pertanto:
- La Direzione Strategica deve disegnare accuratamente i Dipartimenti in quanto il dettato del D. Lgs. N. 502/1992 è pienamente coerente con la logica posta a base dell’aziendalizzazione del SSN, e cioè: la previsione che l’organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione di tutte le attività delle singole aziende
  - Il Capo Dipartimento quindi, sebbene rappresenti una figura fiduciaria della Direzione, deve emergere da un processo di cooptazione democratica dal basso da parte dei singoli DSC afferenti al dipartimento stesso con lo scopo di ottenerne il completo riconoscimento e la rappresentanza nel Collegio di Direzione e nei rapporti con la Direzione stessa
  - La Direzione deve quindi dare mandato al Capo Dipartimento di farsi parte attiva del coinvolgimento dei DSC singolarmente e come gruppo nel segnalare le necessità ordinarie e contingenti, nel proporre indirizzi di programmazione e di innovazione, nell’ orientare le strategie emergenti dell’Azienda per quanto di competenza. Questo risultato può essere ottenuto con un’accurata calendarizzazione delle sedute del Dipartimento e con l’attribuzione di specifici “incarichi” consultivi all’interno dello stesso
  - Deve poi essere promossa una solida politica di collaborazione interdipartimentale per aree omogenee attraverso reti aziendali e l’istituzione di tavoli tecnici e paritetici atti a confrontare la componente clinico-manageriale e le componenti direzionali e di tecnostutture, con lo scopo di anticipare i temi più significativi rispetto alle scadenze normative e di bilancio
  - Potenziare e “devolvere” l’attività del Controllo di Gestione a supportare capillarmente i DSC nella comprensione degli aspetti gestionali della propria Struttura e fornire un flusso coerente e comprensibile di dati (anche attraverso pratiche di data mining specifiche). Una tale scelta avrebbe come ricaduta immediata e positiva un’elevatissima responsabilizzazione del DSC riguardo alle scelte condivise
3. L’ultima area di azione delle Direzioni Strategiche, forse la più complessa e rilevante, riguarda le azioni di monitoraggio, valutazione ed indirizzo di una buona gestione della Struttura Complessa da parte del Direttore:
- Cardine principale è la costruzione di un sistema di valutazione validato. Il sistema delle schede appare ancora oggi il più maneggevole a patto che venga superato uno certo

schematismo “scolastico” che genera scarsa attenzione da parte del “giudicante” come pure del “giudicato” ottenendo l’efficacia residuale di un atto burocratico e formale. La costruzione di un sistema di domande “engaging” che spingano il Responsabile della struttura a valutare realmente le risorse umane di cui dispone è in grado di favorirne il coinvolgimento e di stimolarne lo spirito progettuale e propositivo. La lettura critica da parte della Direzione aziendale delle valutazioni prodotte permette poi con certezza di individuare eventuali priorità di intervento e di indirizzo così come di cogliere la visione organizzativa del DSC. Per questo motivo ferma restando la struttura base riteniamo che le domande debbano essere disegnate e progettate accogliendo le specificità tecniche, temporali e organizzative della singola SC o almeno del Dipartimento

- A fianco della valutazione suddetta è fondamentale istituire una valutazione bottom up che tenga debitamente conto del clima organizzativo, della progettualità e del grado di coinvolgimento presenti nell’unità. Noi riteniamo che oltre a convogliare in senso costruttivo tutte le istanze di cambiamento emergenti, un simile strumento permetta di evidenziare “a valle” l’incidenza delle azioni progettate e concordate fra la Direzione ed i DSC
- Richiedere e promuovere da parte del DSC la presentazione di un progetto autonomo che scaturisca da tutto quanto sopra in sede di discussione del budget annuale. Non può infatti essere più sufficiente da parte dei DSC e dei Dipartimenti una lettura passiva ed “a posteriori” delle proposte di budget provenienti dalla direzione aziendale. La valutazione dello stato operativo, delle possibilità di evoluzione e delle capacità operative è compito e prerogativa del DSC che deve offrirle alla Direzione in sede di confronto per orientarne ed istruirne le scelte.

Per quel che riguarda **l’attività del DSC** nell’ambito della Struttura complessa di cui gli è affidata la direzione è possibile individuare è possibile individuare quattro aree di azione e di intervento:

1. Strutturazione strategico organizzativa,
  2. Gestione del personale afferente
  3. Innovazione e l’aggiornamento
  4. Adeguatezza delle cure.
1. Per quanto attiene agli aspetti strategico organizzativi, questo sicuramente rappresenta l’aspetto più stimolante per un DSC e nel quale la sua creatività manageriale può trovare i maggiori spazi di libertà. Attraverso alcune azioni che dovrebbero trovare il sostegno e l’incentivo da parte dei Dipartimenti e della Direzione Aziendale:
    - La formulazione di un documento di inizio lavori, che funga da ricognizione dello stato dell’Unita operativa per quanto attiene, l’organico, le risorse tecnologiche e materiali, il posizionamento nell’Azienda, la rilevanza sul territorio.
    - Da questo documento, tramite strumenti quali la SWOT analysis, deve discendere un documento di programmazione che deve essere oggetto di discussione e confronto con i collaboratori, il Dipartimento, la Direzione Strategica.

- La valutazione riguardo a quale sia il posizionamento della propria unità all'interno delle dinamiche aziendali e le richieste del territorio e in ambito più ampio del Sistema Sanitario Regionale. I rapporti con gli stakeholders al fine di ottenerne il massimo engagement.
- Elaborare un progetto strategico concertato con la Direzione Aziendale di continuità o discontinuità rispetto al preesistente, di cui si prevedano i tempi, le modalità ed i costi di attuazione.

Ciascuno dei punti succitati deve essere oggetto di rivalutazione ed **aggiornamento annuale**.

2. Per quanto attiene i rapporti con il personale afferente alla Struttura il Direttore deve intraprendere le seguenti azioni:
  - Costruire un sistema di leadership che adotti uno stile di direzione in grado di evolvere tra delega sostegno, motivazione e direzione sulla base dei riscontri ottenuti con il sistema dei questionari di valutazione.
  - Il disegno di gruppi di miglioramento all'interno dell'unità operativa, incentivando la propositività ed il coinvolgimento dei collaboratori su specifiche tematiche tecniche ed organizzative.
  - Il disegno di coerenti percorsi di crescita culturale e professionale per i collaboratori, che tengano in uguale considerazione le abilità e le aspettative dei singoli e le necessità dell'Unità. Tale attività è normata e incentivata dalla struttura dei recenti CCNL e, pertanto, rappresenta un compito specifico DSC.
  - Implementazione di un sistema di rilevazione strutturata delle capacità cliniche dei collaboratori da cui discenda una congruente attribuzione di prerogative cliniche diagnostico-terapeutiche certa. Una costruzione che permetta la sicurezza clinica e la promozione di comportamenti culturalmente adeguati e tecnicamente sicuri, anche in funzione di riduzione del rischio clinico
3. Nell'area dell'innovazione e dell'aggiornamento i principali ambiti di attività possono essere:
  - Valutare sulla base delle proprie conoscenze scientifiche, le Linee Guida consolidate e le risultanze delle società scientifiche l'implementazione di processi e percorsi di innovazione tecnica e tecnologica attraverso documenti di progettazione da condividere con il management aziendale.
  - Ancorare la progettazione dell'innovazione al contesto territoriale ed aziendale al fine di disegnare percorsi sostenibili e attuabili nel breve e medio periodo.
  - Promuovere la ripetibilità e la tracciabilità delle buone pratiche cliniche attraverso la corretta raccolta dei dati clinici e un sistema di auditing interno
4. Nel campo dell'adeguatezza delle cure, che rappresenta un tema fondamentale per la sostenibilità attuale del sistema sanitario, dal quale nessun operatore può esimersi: riconoscere attraverso la rilevazione dei dati clinici i processi di cura migliori che assicurino contemporaneamente il rispetto dei livelli di assistenza essenziali garantiti, l'efficacia clinica e la sostenibilità economica.

- L'inserimento della propria Struttura all'interno delle reti di comunicazione e collaborazione per patologia o aziendali, promuovendone la formazione qualora assenti con lo scopo di ridurre ad una quota residuale la sovrapposizione o la duplicazione dei processi di cura.

Il confronto (almeno bimestrale) con il Controllo di Gestione per acquisire una conoscenza sempre aggiornata delle prestazioni erogate ed un monitoraggio della spesa, propedeutici ad una autonoma programmazione di budget ed allocazione delle risorse.

### **IL FATTORE « TEMPO » PER I DSC**

Un altro elemento importante a cui dedicare un capitolo ad hoc risulta essere quello relativo alla gestione del tempo come importante risorsa che vede quotidianamente il DSC occupato sia su attività di tipo clinico che manageriali. Da uno studio condotto dall'università di Parma è stata fatta ricerca ad hoc sul tempo dedicato all'attività manageriale:

La ricerca è stata divisa in due fasi:

1. creazione di un questionario partendo da focus group
2. analisi dei risultati del questionario e formulazione di alcuni spunti

Il questionario è poi stato inviato a un campione formato da tutti i DSC in Italia (circa **6.000**), ottenendo 1.215 risposte (con un tasso di risposta di oltre il 20%). Le domande volte a indagare:

- a. quanto tempo i DSC dedicassero all'attività
- b. come ritenessero adeguato tale tempo

L'analisi di queste domande ha portato a formulare alcuni primi spunti di riflessione.

- a) A 30 anni dalla riforma del 1992, c'è un più forte orientamento manageriale. Emerge chiaramente come i DSC spendano la maggior parte del loro tempo a "fare i manager". Le differenze fra le diverse tipologie sono, tranne che in qualche caso, limitate.  
Rispetto agli anni Novanta e ai primi anni 2000, analizzando la letteratura dell'epoca, sembrerebbe come i manager clinici (cioè i DSC) facciano effettivamente molto di più i manager che i clinici. Tale risultato rappresenta un'innovazione importante e suggerisce alcuni spunti di riflessione per il futuro, come ad esempio: « qual è l'influenza esercitata dalle istituzioni su questo cambiamento di prospettive e come la formazione obbligatoria introdotta dalla riforma abbia effettivamente influito su tale aspetto ? »
- b) L'impatto dei sistemi regionali sembra essere ridotto al minimo quando si tratta di management. Infatti, la scarsa variabilità riscontrata fra le diverse regioni del nostro Paese suggerisce l'esistenza di una cultura organizzativa comune. Anche qui occorrerebbe indagare quanto la formazione abbia influito su tali comportamenti.

- c) Le unità operative chirurgiche sembrano orientarsi ancora verso un approccio più “clinico” e meno “manageriale” all’organizzazione della UO. I DSC di unità chirurgiche non fanno mistero della loro preferenza a passare più tempo possibile in sala operatoria, a discapito delle funzioni manageriali, sebbene il proprio ruolo imponga un maggiore orientamento agli aspetti manageriali

È quindi possibile concludere che a 30 anni dalla riforma, lo spirito con cui la legge è stata scritta è stato rispettato, con diverse sensibilità rispetto alle specializzazioni. La creazione di corsi ad hoc, obbligatori per questa categoria di professionisti, non può che aver incrementato questo trend, orientando le aziende sanitarie pubbliche verso una visione più manageriale

## **RISULTATI**

L'obiettivo a cui tendere è promuovere l'evoluzione, non solo semantica, della figura obsoleta e castrante del Primario a quella più moderna del Direttore. Inteso come lo snodo progettante delle attività specifiche della Struttura Complessa e della loro armonizzazione all'interno del sistema aziendale.

Al fine di ottenere questo risultato è fondamentale lo sviluppo di alcune competenze culturali e tecniche non intrinsecamente proprie della formazione curriculare e pratica del clinico.

Il primo passo è rappresentato dall'acquisizione di una solida conoscenza dei processi di formazione delle strategie aziendali, anche attraverso una solida ricognizione dei dati, mediante un dialogo bidirezionale con il controllo di gestione.

Il passaggio successivo è la costruzione di una solida rete di collaborazioni all'interno sia dei dipartimenti di appartenenza che tra quelli diversi, attivando canali orizzontali e trasversali. Una simile ramificazione avrebbe un valore "antistrutturale" rispetto all'organizzazione verticale burocratica tipica dell'azienda sanitaria attuale.

Inoltre va implementata l'acquisizione di competenze specifiche di programmazione e definizione del budget, al fine di proporre alla Direzione Strategica, in sede di contrattazione annuale, obiettivi che provengano "dal basso" da contrapporre ad indicazioni top down che risentano di visioni eccessivamente teoriche ed astratte, proprio a causa della loro scarsa specificità.

Il Direttore deve farsi carico di progettare la crescita professionale e di carriera dei dirigenti della Struttura Complessa, sia per motivare e coordinare le strategie comuni, sia per costruire un sistema di competenze cliniche e prerogative operative.

E' fondamentale che il direttore sia in grado di strutturare il corretto utilizzo delle risorse di personale, limitando l'utilizzo dell'eccesso orario e promuovendo la corretta osservanza dei tempi di riposo e ferie del personale, attraverso una programmazione elastica e resiliente dei compiti all'interno della Struttura complessa; questo può essere fatto modulando gli obiettivi a partire da una solida ricognizione delle potenzialità intrinseche e con una visione iso-risorse della "spendibilità" degli organici.

Mediante il monitoraggio di opportuni Indicatori è possibile misurare l'efficacia del lavoro svolto dal DSC:

- Percentuale di completamento degli obiettivi economici della S.C.;
- Progressione di carriera e crescita professionale dei dirigenti della Struttura Complessa
- Elaborazione ed analisi di People Satisfaction mediante questionari ad hoc a periodicità definita (6 months)
- Percentuale di copertura dei: servizi, prestazioni erogate, ferie fruite, turnistica

- Elaborazione ed analisi di Customer Satisfaction (rivolta al paziente in regime di trattamento ambulatoriale/ricovero) per percorsi di cura specifici a periodicità definita
- Rivalutazione critica mediante *questionari valutazione bottom down e bottom up*;
- Elaborazione di un progetto strategico di riguardo alla Struttura Complessa coerente con le risorse e i tempi di attuazione.

## **CONCLUSIONI**

Riteniamo che nel contesto attuale di grande evoluzione del Sistema Sanitario legato a fattori non del tutto governabili con gli strumenti abituali, anche a fronte della nuova comprensione della fragilità dello stesso evidenziata dalla pandemia e dalla rilevante pressione sanitaria generata dalle migrazioni in corso, il rinnovamento debba venire di necessità anche dal basso.

Priva di interlocutori attrezzati culturalmente e capillarmente distribuiti sul territorio su cui insistono le prestazioni sanitarie, nessuna direzione strategica di livello aziendale, regionale o nazionale è in grado di disegnare alcuna traiettoria futuribile senza incorrere in errori di programmazione o spreco di risorse.

Neppure il mercato delle prestazioni sanitarie è da solo in grado di orientare darwinianamente il futuro delle mastodontiche strutture di welfare rappresentate dalle ASST e ATS, perché in questo caso non si può né si deve parlare di libero mercato.

Allo stesso tempo è cogente la necessità che coloro i quali nella classe medica ambiscano ad un ruolo di organizzazione facciano un passo avanti nella comprensione delle dinamiche che intrecciano e, a volte, avviluppano la quotidiana pratica clinica.

Va quindi indotto un cambiamento critico della figura del dirigente medico, che deve dissociarsi dalla concezione di sé di tecnico sottoposto alle costrizioni di un sistema normativo e di programmazione distante e incomprensibile, per attestarsi nella posizione di tecnocrate intermedio in grado orientare le scelte delle amministrazioni aziendali con l'apporto del proprio sapere tecnico-scientifico ed attraverso il dialogo critico, ma non settario, con le altre componenti aziendali.

Questa spinta modernizzatrice è già presente in forma più che embrionale nel CCNL 16-18 vigente e lo sarà ulteriormente del CCNL attualmente oggetto di trattativa: valga per tutti la riforma delle carriere con l'istituzione di un percorso organizzativo (SS, SD, SC) ed un percorso professionale (AS, ASS).

Abbiamo individuato, con facilità, la figura del DSC come il perno potenziale di questo cambiamento proprio per le sue caratteristiche di ruolo formale e di conoscenze specifiche.

Solo, quindi, l'evoluzione della specie di chi governando nel quotidiano tutte le figure professionali della sanità, può proporre reali direttrici di cambiamento a chi ha il compito di disegnarne le strategie, può fare da volano ad un cambiamento di tutto il sistema

sanitario che ne assicuri la sostenibilità economica ed organizzativa e la capacità di risposta tempestiva alle variabili del contesto.

E' pertanto da ritenersi che la sopravvivenza di un modello di welfare non possa essere tenuta come sicura se una parte di esso non partecipa in maniera paritaria e avvertita al dialogo con le controparti economiche, amministrative e politiche che ne disegnano il futuro.

