

## 7 **Composizione e retribuzioni del personale SSN nel 2006**

*di Carlo De Pietro e Cristina Filannino<sup>1</sup>*

### **7.1 Oggetto e obiettivi dell'analisi**

#### **7.1.1 Il mandato del Ministero della Salute**

Il capitolo illustra alcuni primi risultati della ricerca commissionata al CERGAS Bocconi dal Ministero della Salute all'interno del programma SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) avviato nel 2007.

In particolare sono qui presentati alcuni risultati relativi alla linea di ricerca «Elaborazione di una proposta di linee guida per il monitoraggio e la valutazione del governo del personale nei SSR (SIVEAS – linea di attività II-B.1.17)».

L'obiettivo del capitolo può essere ricondotto ai seguenti tre punti:

- ▶ presentare e discutere alcuni risultati di analisi già prodotti nell'ambito della ricerca commissionata dal Ministero;
- ▶ proporre un metodo per replicare a cadenza regolare l'analisi già svolta o per applicarla a livello sub-regionale, per classi omogenee di aziende, ecc.;
- ▶ illustrare alcuni possibili approfondimenti tematici legati alla concreta applicazione di alcuni istituti contrattuali o all'analisi di alcuni cambiamenti strutturali che, già avviati, con tutta probabilità modificheranno in modo profondo la composizione e la gestione del personale SSN nei prossimi anni.

---

<sup>1</sup> Il capitolo riporta alcuni primi risultati di una ricerca svolta per il SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) del Ministero della Salute. Al progetto hanno prestato attiva e generosa collaborazione, tra gli altri, Miriam Di Cesare, Lidia Di Minco, Stefania Garassino, Lucia Lispi e Antonietta Vardè dello stesso Ministero, nonché Monica Aversa, Francesca Busceti, Giovanni Crescenzi e Claudia Tumini del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Gran parte del lavoro di analisi dei dati è stato condotto da Angela Liotta e Beatrice Maestri, alle quali va il nostro sentito ringraziamento.

Il testo finale è frutto di un lavoro congiunto dei due autori. Tuttavia, a Carlo De Pietro sono attribuiti i paragrafi 7.1, 7.2 e 7.3, a Cristina Filannino i paragrafi 7.4 e 7.5.

## 7.1.2 Gli obiettivi specifici dell'analisi

Il Ministero svolge un'azione ampia di programmazione e controllo sull'intero sistema sanitario italiano e ha precise responsabilità di governo sul Servizio Sanitario Nazionale. Da ciò deriva una pluralità di possibili obiettivi di monitoraggio.

In tal senso sembra utile sottolineare che, in tema di personale, le responsabilità del livello nazionale risultano ben maggiori di quelle relative ad altri aspetti di organizzazione e gestione del SSN (De Pietro 2005). In particolare i due principali ambiti d'intervento della regolamentazione nazionale riguardano:

- ▶ la regolamentazione professionale: buona parte della legislazione che riguarda le professioni (identificazione dei gruppi occupazionali oggetto di regolamentazione professionale, definizione dei profili professionali, regolamentazione degli ordini e dei collegi, determinazione dei posti disponibili per l'ammissione ai corsi di laurea sanitari e per le scuole di specializzazione dei laureati in medicina e chirurgia, requisiti di dotazione di personale minima per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, ecc.; cfr. anche De Pietro 2005, pp. 37-82 e Tousijn 2000) nel nostro paese resta responsabilità del livello nazionale, attraverso in particolare il Ministero della Salute e quello dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca<sup>2</sup>;
- ▶ la contrattazione collettiva: la regolamentazione dei rapporti d'impiego in Italia prevede un forte ruolo della contrattazione nazionale, poi adattata e integrata dalla contrattazione decentrata (o integrativa, o di secondo livello) svolta nelle singole aziende. Si tratta di una caratteristica importante del mercato del lavoro italiano, che lo distingue in modo sostanziale da quello di molti altri paesi occidentali, in cui il grado di omogeneità nazionale nelle condizioni d'impiego risulta meno accentuato. Anche se tecnicamente la gestione

---

<sup>2</sup>Tra le maggiori eccezioni si possono evidenziare i seguenti ambiti, in cui la normativa prevede responsabilità regionali:

- la specificazione delle competenze del personale dell'assistenza (per esempio rispetto alle attività che possono essere svolte dagli OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria) e la regolamentazione/gestione della loro formazione (continuando sullo stesso esempio, rispetto ai posti disponibili nei corsi di formazione complementare e ai suoi contenuti);
- la definizione di parametri regionali che integrano e specificano la disciplina nazionale relativa ai requisiti minimi in termini di risorse umane per ottenere l'autorizzazione, in particolare con l'indicazione di requisiti più stringenti necessari all'accreditamento regionale;
- il coinvolgimento nel processo di determinazione dei numeri chiusi per le immatricolazioni ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione (la cui decisione finale resta però in capo al MIUR);
- la gestione della formazione specialistica per la medicina generale;
- l'eventuale sviluppo di un sistema di formazione continua obbligatoria che specifica o sostituisce il programma ECM definito a livello nazionale.

delle trattative sindacali vede come principale attore di parte datoriale l'ARAN (Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni) e coinvolge anche altri attori (in primo luogo le Regioni attraverso il comitato d'indirizzo, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Corte dei Conti, il Dipartimento della Funzione Pubblica del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, ecc.), il ruolo del Ministero della Salute resta centrale.

Partendo da tale constatazione, la principale analisi qui di seguito presentata riguarda il posizionamento delle diverse Regioni rispetto a due principali dimensioni:

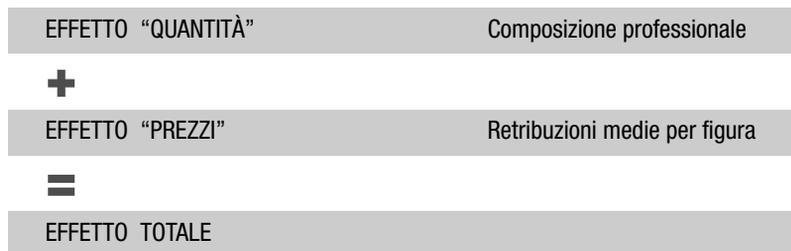
- ▶ la composizione professionale degli organici, che riguarda i rapporti relativi tra diverse figure professionali quali medici, infermieri, OSS e altre figure dell'assistenza;
- ▶ le retribuzioni medie per ciascuna di tali figure professionali.

In particolare – anche per la necessità di offrire indicatori utili al monitoraggio delle Regioni «in affiancamento» e cioè che nel 2007 hanno adottato i c.d. Piani di rientro – l'analisi guarda alle conseguenze economiche di tale posizionamento regionale.

Volendo distinguere ulteriormente l'impatto delle due diverse dimensioni, è possibile qualificare come «effetto composizione» le conseguenze economiche della composizione professionale del personale di un certo SSR rispetto alla composizione media SSN. Allo stesso modo, possiamo qualificare come «effetto retribuzioni» le conseguenze economiche delle retribuzioni medie delle varie figure professionali in un certo SSR rispetto alle retribuzioni medie che esse hanno a livello d'intero SSN. Fatto ciò, è quindi possibile definire un indicatore economico di sintesi che dà l'«effetto totale» e cioè il risparmio (o la maggiore spesa) che la Regione potrebbe conseguire nel caso adottasse la composizione degli organici media italiana (effetto composizione) e, per ciascuna figura professionale, la retribuzione media italiana (effetto retribuzioni).

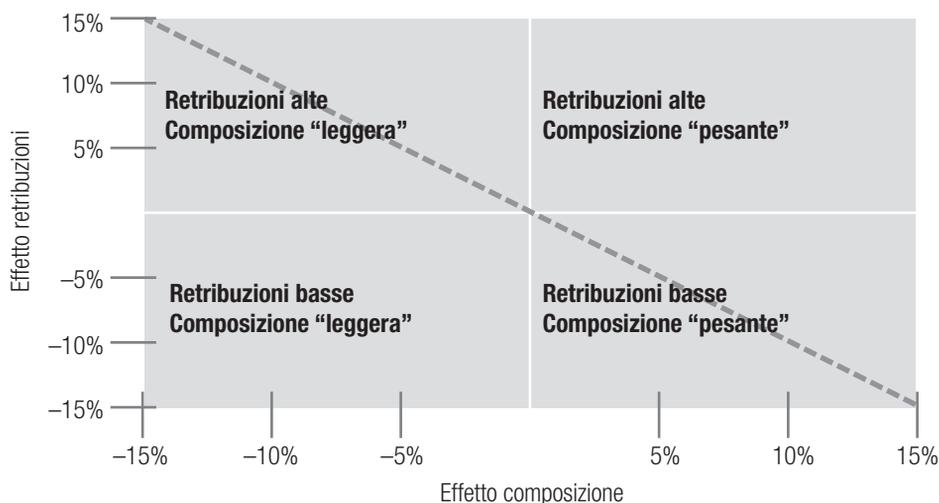
La Figura 7.1 riporta lo schema di analisi appena descritto.

Tale analisi dà la possibilità di arrivare a un posizionamento di sintesi delle Regioni sulla matrice riportata in Figura 7.2 che evidenzia effetto composizione ed effetto retribuzioni. In particolare, le percentuali sugli assi della matrice indicano i risparmi (positivi o negativi) conseguibili da ciascuna Regione rispetto all'effetto composizione e all'effetto retribuzioni, misurati in percentuale sulla spesa regionale per il personale. In tal modo è possibile distinguere quattro quadranti che combinano composizioni «leggere»/«onerose» con retribuzioni alte/basse.

Figura 7.1 **Gli elementi dell'analisi di posizionamento**

Nella stessa figura, la diagonale tratteggiata divide la matrice in una parte alta, in cui troviamo le Regioni caratterizzate da una combinazione composizione/retribuzioni più onerosa (e che quindi trarrebbero vantaggio economico dall'uniformarsi alla media italiana) e in una parte bassa, che ospita le Regioni caratterizzate da una combinazione meno onerosa (e che quindi subirebbero un aumento della spesa per il personale nel caso si uniformassero alla media italiana).

Infine, come già ricordato, è possibile determinare le grandezze economiche di effetto composizione, effetto retribuzioni ed effetto totale per ciascuna Regione<sup>3</sup>.

Figura 7.2 **Matrice di posizionamento regionale**

<sup>3</sup> L'analisi qui proposta riguarda il livello regionale, cioè mette a confronto le composizioni medie e le retribuzioni medie regionali, per arrivare all'«effetto totale» per ciascuna Regione. È chiaro però che la stessa analisi può essere replicata a livello aziendale, per mettere a confronto composizioni e retribuzioni medie delle singole aziende, eventualmente differenziando per tipi di azienda (es. ASL/AO e/o per classe dimensionale).

Per capire meglio qual è l'impatto della composizione del personale, le pagine che seguono propongono poi un'analisi della «composizione organizzativa» degli organici dei diversi SSR (cfr. § 7.3.2). Questa seconda accezione di composizione riguarda le scelte relative alla struttura organizzativa, quali la densità di strutture dirigenziali o l'utilizzo delle posizioni organizzative per il personale delle categorie<sup>4</sup>.

Infine, sembra utile richiamare a premessa dell'analisi il fatto che i risultati non possono avere letture univoche. Le decisioni inerenti la composizione professionale, la composizione organizzativa e i livelli retributivi riconosciuti alle diverse figure restano – all'interno dei limiti determinati da leggi e contratti – decisioni innanzi tutto aziendali e come tali legittime, se funzionali rispetto alla missione istituzionale delle aziende e del SSN. Ciò significa che composizioni professionali o composizioni organizzative più onerose non significano necessariamente una gestione aziendale debole. Al contrario, in alcuni casi retribuzioni più alte potrebbero essere per esempio un'efficace risposta a un mercato del lavoro locale caratterizzato da alti gradi di concorrenza per risorse scarse (es. infermieri in alcune Regioni del Nord). Allo stesso modo, retribuzioni medio-basse non significano necessariamente buone pratiche manageriali. Esse al contrario, oltre ad essere il frutto di una storia specifica di azienda che ha portato ad ereditare una determinata consistenza dei fondi contrattuali, potrebbero indicare difficoltà gestionali anche importanti nel graduare le posizioni dirigenziali, nel gestire la progressione economica orizzontale, ecc.

## 7.2 I dati utilizzati

L'analisi si basa sui dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato<sup>5</sup>.

Il Conto Annuale rappresenta un'ottima base dati per svolgere analisi a livello di intero sistema. Le informazioni contenute sono assai ricche e articolate, come mostrato nel Riquadro 7.1. Inoltre, esse sono già disponibili, in altre parole non implicano oneri informativi aggiuntivi per le aziende del sistema. Infine, la disponibilità di una serie storica costruita a partire dal 2001 permette analisi anche temporali, oltre che di tipo *cross-section*<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> È chiaro che, dati i vincoli posti dai contratti nell'utilizzo dei fondi, la composizione organizzativa – e cioè, ad esempio, qual è la percentuale di dirigenti aziendali che hanno incarichi di struttura complessa – incide sulla possibilità di retribuire le singole figure professionali e quindi sulle loro retribuzioni medie.

<sup>5</sup> Si tratta di una base dati costruita a partire dalla rilevazione fatta annualmente da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, attraverso l'IGOP (Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico) della Ragioneria stessa. La rilevazione riguarda tutte le amministrazioni pubbliche.

<sup>6</sup> Pur disponibili a partire dal 2001, i dati sono frutto di una rilevazione che ha visto aumentare con gli anni il grado di affidabilità. Anche per questa ragione le analisi presentate nel presente capitolo si basano esclusivamente sulla rilevazione relativa all'anno 2006.

Nonostante la loro ricchezza, i dati disponibili sono stati finora oggetto soltanto di alcune analisi, i cui risultati sono disponibili sul sito del Ministero della Salute, per lo più in forma sintetica e relativa alle sole medie nazionali.

### Riquadro 7.1 **La struttura del Conto Annuale**

Base dati disponibile a partire dal 2001 per tutti gli «Enti» del SSN

#### **Schede informative:**

1. Informazioni di carattere generale (relative all'azienda; N.d.A.)
2. Contratto integrativo – Deve essere completata per ogni contratto integrativo sottoscritto (medici; dirigenti non medici; personale non dirigente)
3. Tabella 1 – Personale dipendente a tempo indeterminato e personale dirigente in servizio al 31 dicembre
4. Tabella 2 – Personale con rapporto di lavoro «flessibile»
5. Tabella 3 – Personale in posizione di comando/distacco e fuori ruolo al 31 dicembre
6. Tabella 4 – Passaggi di qualifica / posizione economica / profilo del personale a tempo indeterminato e dirigente nel corso dell'anno
7. Tabella 5 – Personale a tempo indeterminato e personale dirigente cessato dal servizio nel corso dell'anno
8. Tabella 6 – Personale a tempo indeterminato e personale dirigente assunto in servizio nel corso dell'anno
9. Tabella 7 – Personale a tempo indeterminato e personale dirigente distribuito per classi di anzianità di servizio al 31 dicembre
10. Tabella 8 – Personale a tempo indeterminato e personale dirigente distribuito per classi di età al 31 dicembre
11. Tabella 9 – Personale dipendente a tempo indeterminato e personale dirigente distribuito per titolo di studio posseduto al 31 dicembre
12. Tabella 10 – Personale in servizio al 31 dicembre distribuito per Regioni e all'estero (riguarda soltanto alcuni enti; N.d.A.)
13. Tabella 11 – Numero giorni di assenza del personale in servizio nel corso dell'anno
14. Tabella 12 – Oneri annui per voci retributive a carattere «stipendiale» corrisposte al personale in servizio
15. Tabella 13 – Oneri annui per indennità e compensi accessori corrisposti al personale in servizio
16. Tabella 14 – Altri oneri che concorrono a formare il costo del lavoro
17. Tabella 15(1) – Fondo per la contrattazione integrativa – Macrocategoria: Medici
18. Tabella 15(2) – Fondo per la contrattazione integrativa – Macrocategoria: Dirigenti non medici
19. Tabella 15(3) – Fondo per la contrattazione integrativa – Macrocategoria: Personale non dirigente

#### **Schede informative inserite e gestite dal ministero della salute:**

1. Tabella 1A – Personale dell'azienda sanitaria per figura professionale (relativo al ruolo sanitario; N.d.A.)
2. Tabella 1B – Personale universitario dell'azienda sanitaria per tipologia di personale
3. Tabella 1C – Personale delle strutture di ricovero pubblico per tipologia di personale
4. Tabella 1D – Personale dipendente e convenzionato del dipartimento di salute mentale per profilo professionale
5. Tabella 1E – Personale non dirigente a tempo indeterminato in servizio al 31 dicembre distribuito per fasce retributive

Le tabelle 1, 3-13 sono compilate per 134 qualifiche/ posizioni economiche/ profili e il più delle volte distinguono tra uomini e donne

La base dati del Conto annuale è stata sottoposta ad alcune operazioni di «pulizia», utili per l'analisi.

Innanzitutto, l'analisi è stata svolta prendendo in considerazione 15 classi/macro-figure professionali in cui sono state riaggregate le 134 figure professionali presenti sulla base dati originaria<sup>7</sup>. Tale riaggregazione, operata per migliorare la leggibilità dei risultati, è stata definita di concerto col Ministero della Salute e con l'IGOP<sup>8</sup>. In particolare, le figure così riaggregate sono le seguenti:

- ▶ medici e odontoiatri;
- ▶ veterinari;
- ▶ dirigenti ruolo sanitario non medici né veterinari;
- ▶ dirigenti ruolo amministrativo;
- ▶ dirigenti ruolo tecnico;
- ▶ dirigenti ruolo professionale;
- ▶ personale comparto amministrativo;
- ▶ personale comparto professionale;
- ▶ personale comparto tecnico appartenente alle figure OSS, OTA, ausiliari specializzati;
- ▶ personale comparto tecnico appartenente alle altre figure;
- ▶ personale comparto sanitario D/Ds infermieristico;
- ▶ personale comparto sanitario D/Ds tecnico sanitario;
- ▶ personale comparto sanitario D/Ds tecnico della prevenzione;
- ▶ personale comparto sanitario D/Ds della riabilitazione;
- ▶ personale comparto sanitario appartenente alle altre figure.

Una seconda azione di verifica della base dati riguarda gli enti operanti nel SSN. In particolare sono stati esclusi l'AGENAS (già ASSR), le ARPA, gli Enti di ricerca, gli Istituti zoo-profilattici, gli Altri enti regionali (es. le Agenzie regionali per la sanità), le Agenzie regionali per l'emergenza sanitaria, gli ESTAV, le Aziende di servizi alla persona.

---

<sup>7</sup> Delle 134 figure non sono state considerate quelle della direzione strategica, che rispondono a logiche diverse di gestione del personale e non possono essere considerate propriamente tra quelle che costituiscono gli organici delle aziende. Sono così state escluse le seguenti figure: «direttore generale», «direttore sanitario», «direttore amministrativo», «direttore dei servizi sociali». Allo stesso modo è stato escluso dalle analisi il «personale contrattista a tempo indeterminato» che, come spiegato nelle istruzioni di compilazione del Conto Annuale, riguarda il «personale a tempo indeterminato al quale viene applicato un contratto di lavoro di tipo privatistico (e.: tipografico, chimico, edile, metalmeccanico, portierato, ecc.) e personale ex medico condotto di cui all'art. 36, comma 3, del CCNL 10.2.2004».

<sup>8</sup> Resta evidente che le analisi possono in ogni caso essere condotte anche mantenendo le 134 figure originarie.

Un'ulteriore decisione è stata presa rispetto al contratto collettivo applicato, escludendo tutte le persone che risultano lavorare in enti del SSN, ma con CCNL del comparto di contrattazione «Regioni ed autonomie locali».

Ancora, tra le voci retributive è stata eliminata quella relativa agli «Arretrati per anni precedenti» e non sono stati considerati i compensi relativi alle attività svolte in regime di libera professione intramuraria (anche «allargata»)<sup>9</sup>.

Infine, non sono stati presi in considerazione i dati di alcune strutture o Regioni, perché non presenti, incompleti o palesemente errati. In particolare, non sono state considerate le Regioni Calabria e Molise, né è stato considerato il CRO di Aviano (Friuli-Venezia Giulia).

Nonostante tali aggiustamenti non è da escludere che alcuni dati risultino non corretti. La ricchezza delle informazioni richieste rende, infatti, difficile ipotizzare una mappatura esatta delle caratteristiche quali-quantitative degli organici SSN.

Ciò detto, il Conto Annuale resta a tutt'oggi la principale base dati disponibile con riferimento al pubblico impiego e quindi al SSN. Inoltre, un suo maggiore utilizzo può certamente costituire un incentivo a migliorare la qualità dei dati, finora spesso forniti dalle aziende più come risposta a una richiesta amministrativa prevista dalla normativa, che come strumento di possibili analisi e confronti utili innanzi tutto alle stesse aziende. Più i dati saranno usati per procedere a comparazioni interaziendali e interregionali, più aumenterà l'attenzione posta nelle fasi di compilazione e invio e, in ultima analisi, maggiore sarà la loro qualità.

## 7.3 Risultati

### 7.3.1 La composizione professionale

Gli indicatori di composizione professionale possono essere numerosi. In Tabella 7.1 si presentano i rapporti «Comparto / Dirigenti», «Infermieri / (Medici+Odontoiatri)» e «Infermieri / Supporto»<sup>10</sup>. Si noti che i dati considerati so-

<sup>9</sup> Nel caso degli «arretrati anni precedenti» l'esclusione è stata decisa insieme a Ministero della Salute e Ragioneria Generale dello Stato in quanto si tratta di un dato assai variabile negli anni. Quindi si è preferito avere risultati sottostimati ma stabili. L'esclusione dei proventi da libera professione intramuraria, sebbene rappresenti una limitazione importante soprattutto per alcune figure professionali (cfr. De Pietro 2003 per l'impatto di tali proventi sulla retribuzione complessiva in due aziende SSN e De Pietro 2002 per una descrizione in generale delle relazioni tra libera professione intramuraria e gestione dei professionisti), è stata decisa per la qualità non omogenea dei dati presenti nel Conto Annuale relativi a tale voce.

<sup>10</sup> La classe «Infermieri» comprende le seguenti figure presenti nella base dati: «coll.re prof.le sanitario – pers. infer. esperto – Ds», «coll.re prof.le sanitario – pers. infer. – D», «oper.re prof.le di ii

Tabella 7.1 **Composizione professionale, FTE 2006**

Regione	Comparto / Dirigenti	Infermieri / (Medici + odontoiatri)	Infermieri/supporto
Piemonte	4,17	2,32	2,95
Valle d'Aosta	4,23	2,21	3,61
Lombardia	4,49	2,54	3,20
Bolzano	4,77	2,54	1,92
Trento	5,26	2,80	2,58
Veneto	4,97	3,06	3,46
Friuli Venezia Giulia	5,13	3,09	2,96
Liguria	4,22	2,65	4,16
Emilia Romagna	4,30	2,84	6,04
Toscana	4,40	2,78	4,08
Umbria	3,72	2,53	5,33
Marche	4,04	2,73	5,17
Lazio	3,26	2,20	6,12
Abruzzo	3,72	2,34	4,01
Campania	3,16	2,09	4,75
Puglia	3,44	2,13	3,76
Basilicata	3,53	2,51	6,55
Sicilia	2,82	1,77	3,78
Sardegna	3,12	2,06	4,19
<b>ITALIA</b>	<b>3,90</b>	<b>2,46</b>	<b>3,96</b>

no in termini di personale a tempo pieno equivalente (*full time equivalent* o FTE)<sup>11</sup>.

Gli stessi dati sono riportati in Figura 7.3.

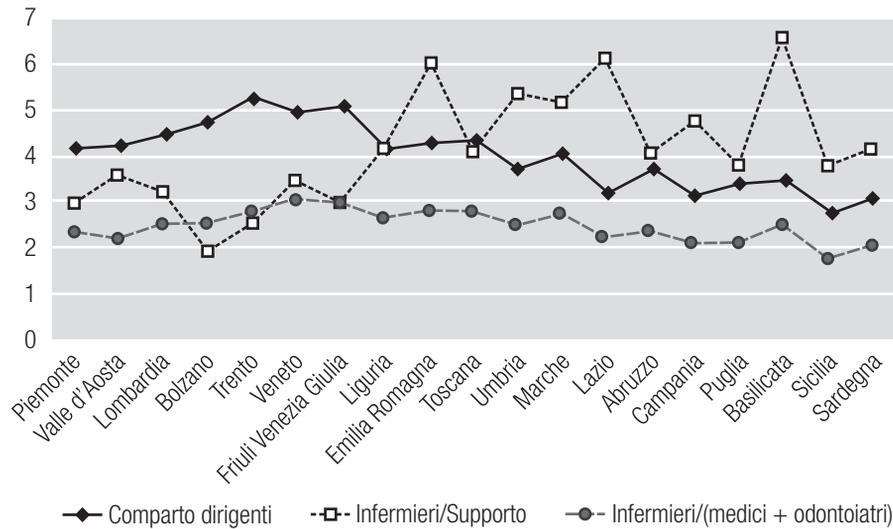
La variabilità della composizione professionale è evidente, pur se riferita alle medie regionali e a indicatori assai generali. Se la stessa analisi fosse fatta mettendo a confronto le composizioni aziendali, e non le medie regionali, la variabilità sarebbe ancora più accentuata.

Pur con la prudenza necessaria nell'interpretazione dei dati (cfr. § 7.1.2), tali

cat. pers. inferm. esperto – C (2)», «oper.re prof.le sanitario pers. inferm. – C», «oper.re prof.le di II cat. pers. inferm. Bs».

La classe «Supporto» comprende le seguenti figure: «operatore socio-sanitario – Bs», «operatore tecnico addetto all'assistenza – B», «ausiliario specializzato – A».

<sup>11</sup> Il calcolo dei FTE è stato fatto guardando al numero di cedolini stipendi prodotti per ciascuna figura (in tal modo si è tenuto conto degli eventuali cambiamenti negli organici in corso d'anno) e della percentuale di impegno per il personale a tempo parziale.

Figura 7.3 **Composizione professionale, FTE 2006**

risultati mostrano una variabilità nella composizione professionale inaspettata, data la forte regolamentazione professionale del settore sanitario, operata attraverso l'individuazione delle figure professionali abilitate ad operarvi, i monopoli legali riconosciuti alle diverse figure, i coefficienti usati per determinare i carichi di lavoro, le dotazioni minime richieste da sistemi di autorizzazione e accreditamento istituzionale, ecc. (De Pietro e Tereanu 2005, pp. 69-70). Tale regolamentazione vorrebbe che SSR che svolgono attività sostanzialmente simili fossero caratterizzati da composizioni professionali simili. Come evidente, ciò non risulta confermato.

Quando si guardi al primo indicatore «Comparto / Dirigenti», si va da valori inferiori a 3 a valori superiori a 5 (il rapporto in Friuli-Venezia Giulia è più alto di quello siciliano dell'82%). Tale variabilità è confermata dal secondo indicatore, «Infermieri / (Medici+Odontoiatri)», che restringe le categorie di personale di numeratore e denominatore alle due figure più importanti, infermieri e medici-odontoiatri (il rapporto in Friuli-Venezia Giulia è più alto di quello siciliano del 75%). In qualche modo, i dati evidenziano un *continuum* che va dalle Regioni del Nord-Est, con alti valori per entrambi gli indicatori, alle Regioni del Sud, che evidenziano valori molto più bassi (cfr. anche De Pietro 2006, p. 572).

L'ultimo indicatore, «Infermieri / Supporto», mostra una variabilità interregionale ancora più accentuata. Tale dato è tuttavia da guardare con molta prudenza a ragione delle politiche regionali messe in atto relativamente al nume-

ro e ai percorsi formativi per il personale di supporto e, soprattutto, del diverso possibile ricorso a personale esternalizzato, non ricompreso nella nostra analisi.

### 7.3.2 La composizione organizzativa

Una seconda accezione del concetto di composizione riguarda le scelte delle aziende rispetto alla propria struttura di responsabilità. In altre parole si tratta di guardare come le aziende del SSN hanno inteso utilizzare le strutture dirigenziali semplici e complesse, le posizioni organizzative e i coordinamenti per il personale del comparto, ecc.

Tabella.7.2 **Composizione organizzativa, FTE 2006**

Regione	(Dirigenti UOS+UOC) / (Tot. Dirigenti)
Piemonte	0,27
Valle d'Aosta	0,21
Lombardia	0,27
Bolzano	0,35
Trento	0,37
Veneto	0,32
Friuli Venezia Giulia	0,21
Liguria	0,26
Emilia Romagna	0,21
Toscana	0,21
Umbria	0,36
Marche	0,29
Lazio	0,27
Abruzzo	0,30
Campania	0,29
Puglia	0,32
Basilicata	0,33
Sicilia	0,27
Sardegna	0,25
<b>ITALIA</b>	<b>0,27</b>

A differenza della composizione professionale, che rinvia a responsabilità e scelte della regolamentazione nazionale o, in minor misura, regionale, la composizione organizzativa è frutto di scelte fondamentalmente aziendali, all'interno di regole stabilite dal CCNL e poi ulteriormente specificate – con diversa intensità – dalle Regioni.

In tal senso, per le loro implicazioni organizzative ed economiche, le scelte più importanti sono quelle rispetto al numero di strutture dirigenziali individuate sull'organigramma aziendale. In particolare, un primo indicatore utile per l'analisi della composizione organizzativa è dato dal rapporto tra dirigenti incaricati di responsabilità di struttura (semplice e complessa) e totale dei dirigenti. La Tabella.7.2 mostra i dati medi per Regione.

Ancora una volta l'analisi mostra differenze importanti tra le medie regionali, che vanno da situazioni dove un dirigente su cinque ha un incarico di struttura, fino a situazioni dove tali incarichi gestionali riguardano più di un dirigente su tre. Ciò è frutto di culture organizzative e di scelte aziendali e regionali evidentemente assai diverse. Una ragione delle differenze rilevate potrebbe riguardare l'interpretazione e l'utilizzo delle strutture semplici, in molti contesti usate per disegnare e gestire carriere anche propriamente professionali, anziché gestionali (cfr. Del Vecchio e De Pietro 2002, pp. 564-568).

### 7.3.3 Le retribuzioni SSN: livello e composizione

Prima di guardare ai risultati regionali, sembra utile presentare alcuni risultati medi italiani. La Tabella 7.3 riporta, per ciascuna delle quindici figure professionali da noi individuate, il numero di persone *full time equivalent* impiegate in media nel 2006<sup>12</sup> e le retribuzioni medie lorde 2006 per FTE<sup>13</sup>, distinguendo tra importi complessivi delle voci stipendiali e delle voci accessorie.

Le voci stipendiali comprendono stipendio, tredicesima, recuperi, arretrati anni precedenti (che sono però esclusi dalla nostra analisi), R.I.A. Le voci accessorie sono state raggruppate nelle seguenti classi:

- ▶ ESCL = Indennità di esclusività;
- ▶ ISMV = Indennità di specificità medico-veterinaria;

<sup>12</sup> Si ricorda che l'analisi è svolta escludendo Molise, Calabria, un'azienda del Friuli-Venezia Giulia, agenzie sanitarie regionali, ARPA, istituti zoo-profilattici, AGENAS, enti di ricerca, Aziende di servizi alla persona.

<sup>13</sup> Si ricorda che le retribuzioni non tengono conto di arretrati anni precedenti e proventi da libera professione intramuraria.

Tabella 7.3 **Retribuzioni medie lorde, FTE 2006**

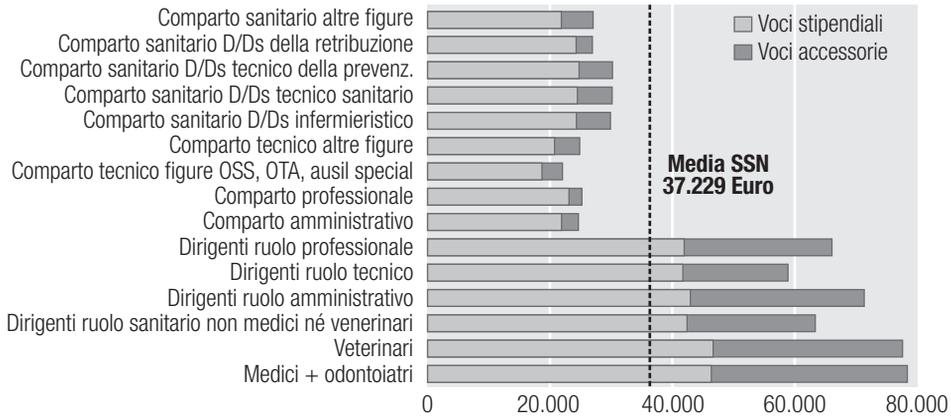
	<i>FTE</i>	<i>Voci stipendiali</i>	<i>Voci accessorie</i>	<i>Retribuzione media</i>
Medici + odontoiatri	100.458	46.366	31.771	78.137
Veterinari	4.901	46.562	30.806	77.368
Dirigenti ruolo sanitario non medici né veterinari	12.818	42.133	21.172	63.304
Dirigenti ruolo amministrativo	2.521	42.882	28.269	71.151
Dirigenti ruolo tecnico	961	41.590	17.057	58.647
Dirigenti ruolo professionale	1.153	41.794	23.893	65.686
Comparto amministrativo	66.913	21.836	2.574	24.410
Comparto professionale	355	23.114	1.843	24.957
Comparto tecnico figure OSS, OTA, ausil special	61.327	18.524	3.266	21.791
Comparto tecnico altre figure	49.373	20.584	4.076	24.660
Comparto sanitario D/Ds infermieristico	224.940	24.154	5.537	29.691
Comparto sanitario D/Ds tecnico sanitario	31.140	24.491	5.640	30.131
Comparto sanitario D/Ds tecnico della prevenz	9.130	24.773	5.318	30.091
Comparto sanitario D/Ds della riabilitazione	16.634	24.260	2.496	26.756
Comparto sanitario altre figure	18.551	21.788	4.988	26.776

Nota: Non comprendono arretrati anni passati e ricavi da libera professione intramuraria

- ▶ CPS = Indennità di coordinamento, posizione e struttura («Ind Direz. Strutt. Comp.», «Indennità di coordinamento» e «Retribuzione di posizione»);
- ▶ RP = Retribuzione di risultato e produttività («Compensi produttività» e «Retribuzione di risultato»);
- ▶ STRA = Straordinario;
- ▶ AI = Altre indennità («Pronta disponibilità», «Altri compensi per particolari condizioni di lavoro», «Compensi per turni di guardia notturna», altre indennità).

In media, ciò significa che lo stipendio lordo 2006 per FTE SSN è stato di 37.229 euro, al netto di arretrati anni precedenti e proventi da libera professione intramuraria. La Figura 7.4 permette di apprezzare la differenza retributiva marcata tra personale con qualifica dirigenziale e personale delle categorie (è interessante anche notare come, allo stesso tempo, le differenze all'interno del comparto e all'interno della dirigenza siano modeste). Essa inoltre evidenzia il diverso peso

Figura 7.4 **Retribuzioni medie lorde, FTE 2006**



Nota: Non comprendono arretrati anni passati e ricavi da libera professione intramuraria

delle voci accessorie sulla retribuzione media complessiva delle singole figure professionali.

Infine, sempre con riguardo ai risultati medi italiani, la Figura 7.5 e la Figura 7.6 illustrano la composizione delle voci accessorie per ciascuna delle 15 figure professionali (si noti che l'asse verticale riporta le percentuali delle varie voci e non gli importi assoluti delle stesse). Come prevedibile, le diverse voci accessorie assumono rilevanza assai diversa per le diverse figure. In particolare, le voci accessorie del personale dirigente del ruolo sanitario sono dominate dalle indenni-

Figura 7.5 **Composizione percentuale delle voci accessorie per la dirigenza, 2006**

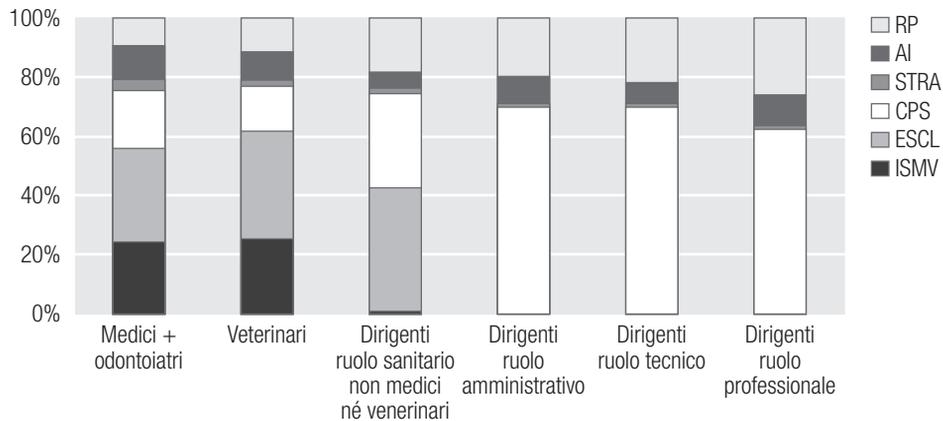
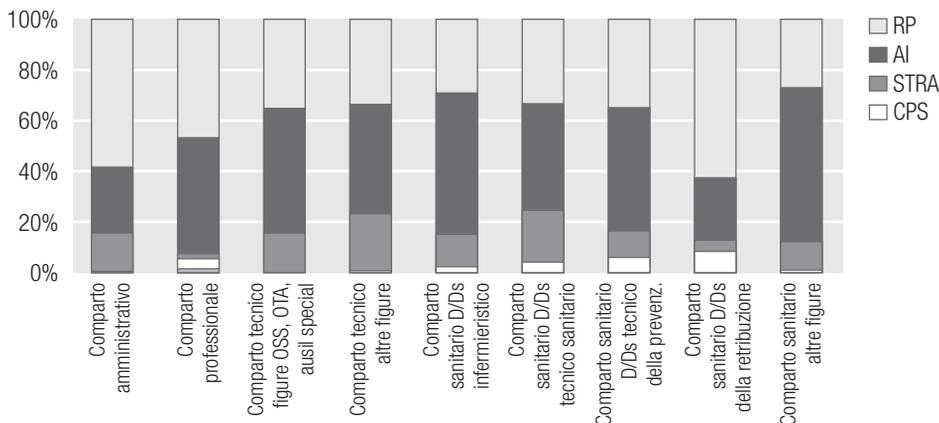


Figura 7.6 **Composizione percentuale delle voci accessorie per il comparto, 2006**

tà di specificità medico-veterinaria (ISMV) e di esclusività (ESC). Le voci accessorie dei dirigenti dei ruoli PTA sono invece dominate dalle indennità di posizione (dentro la CPS). Guardando infine al personale del comparto, le voci principali riguardano le indennità di turno, di reperibilità, ecc. (AI), insieme alla retribuzione di prestazione (RP).

Più in generale, gli importi medi delle voci accessorie e la loro composizione mettono in evidenza come tali voci in sanità siano parte importante delle retribuzioni totali. Le principali ragioni sembrano essere tre:

- ▶ la professionalità elevata e differenziata degli operatori del settore sanitario, che nel tempo ha originato trattamenti e indennità specifici riconosciuti dalla contrattazione (ESCL e ISMV nella nostra analisi);
- ▶ l'erogazione di servizi sulle 24 ore, con la necessità di organizzare turni, reperibilità, guardie, ecc., a loro volta associati a specifiche voci retributive accessorie (AI);
- ▶ un impianto contrattuale che, dopo la riforma del pubblico impiego (d.lgs. 29/1993) e la prima tornata di contrattazione che ne è seguita, ha dato rilevanza agli istituti della valutazione e delle posizioni e quindi alle voci retributive accessorie ad essi collegate (CPS e RP).

### 7.3.4 Le retribuzioni a livello regionale

I livelli retributivi sono stabiliti in larga parte dai CCNL. A ciò si aggiungono eventuali «risorse aggiuntive regionali», diverse tra Regione e Regione. Il panorama è comunque sostanzialmente determinato dal livello nazionale. Ciò nonostante, la

storia delle singole aziende, la dinamica dei loro organici e alcune scelte fatte in passato determinano delle differenze nella consistenza dei fondi che incidono sulle retribuzioni medie. Allo stesso modo le aziende – eventualmente all'interno di modelli e controlli definiti dalle Regioni – godono di ampi margini di manovra circa le scelte di organizzazione e l'utilizzo di alcuni istituti contrattuali. La Tabella 7.4 mostra gli scostamenti delle retribuzioni lorde medie regionali 2006 rispetto alle medie nazionali di ciascuna figura, al netto degli arretrati anni precedenti, dei proventi da libera professione intramuraria, e con le altre limitazioni dette al § 7.2.

Alcune Regioni mostrano retribuzioni medie sistematicamente superiori a quelle nazionali (è il caso di Piemonte e Valle d'Aosta). Il Friuli-Venezia Giulia mostra invece retribuzioni sistematicamente inferiori<sup>14</sup>. In altri casi ci sono situazioni differenziate tra personale dirigente e del comparto (è il caso della Campania, che mostra retribuzioni minori di quelle nazionali per i dirigenti e maggiori per il comparto, con l'unica eccezione della figura residuale «comparto sanitario altre figure»). In generale però, come prevedibile, gran parte delle Regioni mostra situazioni miste, con scostamenti di segno positivo e negativo rispetto alle medie nazionali per le diverse figure.

### 7.3.5 L'analisi di posizionamento

Come anticipato nel § 7.1.2, è possibile trovare una sintesi delle analisi di composizione e retribuzione regionali in un posizionamento che, per ciascuna Regione, evidenzia l'impatto economico delle differenze rispetto alle medie nazionali per ciascuna figura. In particolare definiamo:

- ▶ «effetto composizione» il potenziale risparmio (anche negativo) che ciascuna Regione conseguirebbe rispetto alla spesa per il personale, se mantenesse le proprie retribuzioni medie regionali, ma adottasse la composizione professionale media nazionale;
- ▶ «effetto retribuzioni» il potenziale risparmio che ciascuna Regione conseguirebbe rispetto alla spesa per il personale, se mantenesse la propria composizione professionale regionale, ma adottasse le retribuzioni medie nazionali per ciascuna figura professionale;
- ▶ «effetto totale» la somma dei due effetti precedenti, pari dunque al potenziale risparmio che ciascuna Regione conseguirebbe rispetto alla spesa per il personale, se adottasse sia la composizione professionale media nazionale, sia le retribuzioni medie nazionali per ciascuna figura professionale<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Per questa Regione, come già osservato, dai dati disponibili manca un ospedale, il che potrebbe avere influenzato i risultati complessivi.

<sup>15</sup> La somma algebrica, sebbene non sia corretta dal punto di vista matematico, costituisce una buona approssimazione e quindi utilizzabile ai nostri fini.

Tabella 7.4 Scostamenti delle retribuzioni regionali medie lorde rispetto a quelle nazionali, FTE 2006

	PIE	VGA	LOM	BZ	TN	VEN	F-VG	LIG	E-R	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	CAM	PUG	BAS	SIC	SAR
Medici + odontoiatri	6%	9%	3%	46%	18%	4%	-1%	-4%	2%	-5%	-1%	3%	-7%	-3%	-3%	-1%	7%	-2%	-4%
Veterinari	1%	9%	5%	30%	18%	8%	-3%	3%	0%	-2%	2%	4%	-10%	-4%	-6%	-1%	3%	0%	-4%
Dirigenti ruolo sanitario non medici né veterinari	14%	16%	4%	4%	11%	9%	-3%	5%	-1%	0%	0%	1%	-5%	-5%	-5%	-3%	-2%	-5%	-18%
Dirigenti ruolo amministrativo	9%	20%	16%	-25%	23%	7%	-18%	2%	-13%	0%	6%	8%	-4%	-9%	-10%	5%	-8%	-2%	-12%
Dirigenti ruolo tecnico	19%	18%	15%	-14%	-2%	12%	-10%	18%	0%	11%	-2%	5%	-6%	-19%	-7%	-5%	-13%	-7%	-15%
Dirigenti ruolo professionale	20%	18%	3%	-12%	5%	14%	-9%	5%	-7%	-3%	-3%	-1%	-2%	-13%	-8%	18%	-8%	-2%	-19%
Comparto amministrativo	3%	5%	0%	-17%	-3%	1%	-5%	-4%	2%	4%	8%	-2%	-3%	-7%	4%	-2%	-2%	0%	-10%
Comparto professionale	6%	12%	5%	9%	-7%	-5%	-3%	-10%	-20%	5%	-9%	-8%	-2%	-4%	9%	-2%	-7%	3%	-7%
Comparto tecnico figure OSS, OTA, ausil special	3%	3%	1%	-23%	2%	-2%	-3%	-3%	1%	0%	0%	-4%	2%	-8%	11%	-2%	-5%	-1%	-8%
Comparto tecnico altre figure	3%	7%	-1%	-11%	-1%	-2%	-3%	-3%	-6%	-2%	1%	-3%	7%	-5%	13%	1%	-3%	3%	-8%
Comparto sanitario D/Ds infermieristico	4%	10%	1%	-4%	3%	-1%	-4%	-4%	-1%	-2%	2%	-3%	-1%	-7%	8%	-3%	-2%	3%	-7%
Comparto sanitario D/Ds tecnico sanitario	5%	7%	-1%	0%	4%	0%	-4%	-4%	-2%	2%	1%	-4%	1%	-4%	7%	-2%	4%	-1%	-9%
Comparto sanitario D/Ds tecnico della prevenz	3%	10%	0%	-5%	-2%	0%	-5%	0%	-1%	4%	3%	-1%	-1%	-10%	9%	-3%	-5%	-1%	-10%
Comparto sanitario D/Ds della riabilitazione	4%	8%	2%	-8%	1%	-1%	-4%	-3%	0%	5%	0%	-1%	-4%	-7%	4%	-1%	-6%	-2%	-7%
Comparto sanitario altre figure	3%	7%	0%	-11%	15%	0%	-4%	-3%	0%	1%	-9%	-3%	1%	-6%	2%	-4%	1%	6%	-9%

Nota: Non comprendono arretrati anni passati e ricavi da libera professione intramuraria.

Tali effetti possono essere calcolati sia in termini percentuali rispetto alla spesa complessiva del personale, come fa la Tabella 7.5 riferita all'anno 2006, sia in termini assoluti.

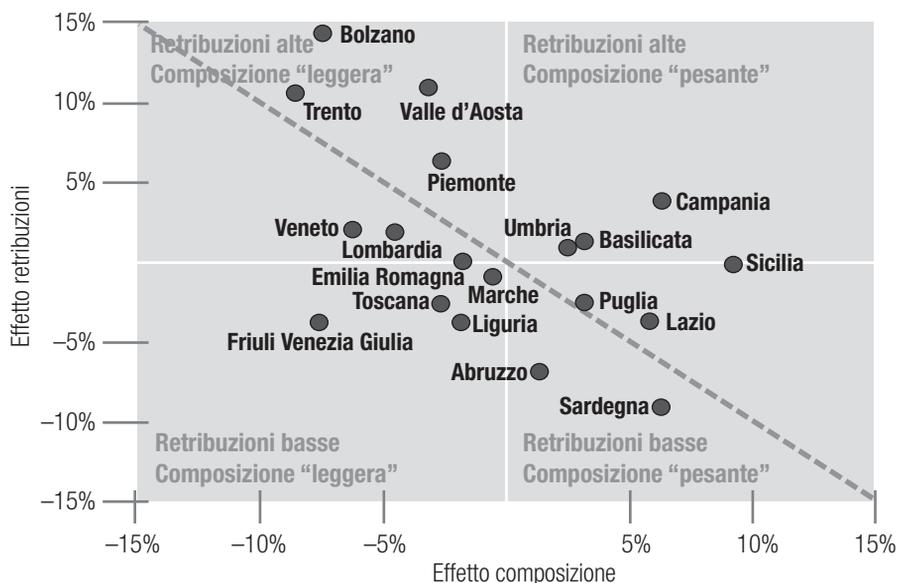
I valori percentuali ci permettono infine di posizionare le Regioni sulla matrice di Figura 7.7<sup>16</sup>. Nonostante il quadro appaia assai variegato, è possibile tentare qualche prima osservazione. Un primo aspetto da evidenziare è che gran parte delle Regioni del Nord si posizionano nel quadrante in alto a sinistra, in cui retri-

Tabella 7.5 **L'impatto economico della composizione professionale e delle retribuzioni nelle Regioni come percentuale della spesa per il personale, 2006**

Regione	Effetto composizione	Effetto retribuzioni	Effetto totale
Piemonte	-2,1%	5,0%	3,0%
Valle d'Aosta	-2,5%	8,9%	6,4%
Lombardia	-3,5%	1,7%	-1,8%
Prov. Bolzano	-6,1%	11,7%	5,6%
Prov. Trento	-6,8%	8,5%	1,8%
Veneto	-5,0%	1,7%	-3,3%
Friuli Venezia Giulia	-6,1%	-3,1%	-9,2%
Liguria	-1,4%	-3,1%	-4,5%
Emilia Romagna	-1,4%	0,0%	-1,4%
Toscana	-2,1%	-2,1%	-4,2%
Umbria	2,0%	0,8%	3,0%
Marche	-0,3%	0,0%	-0,3%
Lazio	4,7%	-3,0%	1,7%
Abruzzo	1,3%	-5,5%	-4,2%
Campania	5,0%	3,1%	8,1%
Puglia	2,5%	-1,9%	0,6%
Basilicata	2,7%	1,0%	3,7%
Sicilia	7,4%	-0,1%	7,3%
Sardegna	5,1%	-7,1%	-2,0%

<sup>16</sup> Il posizionamento è in termini percentuali – e non assoluti – rispetto alla spesa per il personale di ciascuna Regione. Ciò significa ad esempio che se una Regione ha il doppio dei FTE di un'altra, ma composizione professionale e retribuzioni medie uguali, la loro posizione sulla matrice è identica.

Figura 7.7 **Posizionamento delle Regioni rispetto all'«effetto composizione» e all'«effetto retribuzioni», 2006**



buzioni medie più alte di quelle nazionali sono almeno in parte compensate da composizioni professionali meno onerose. Un secondo aspetto messo in luce dall'analisi è il posizionamento assai variabile delle Regioni oggetto di «piani di rientro» sulla Figura, il che mette in evidenza come le risposte di controllo della spesa non possano che essere differenziate.

#### 7.4 Possibili approfondimenti

Le analisi condotte finora hanno permesso di fotografare due dimensioni molto importanti del fattore produttivo «personale» all'interno delle aziende sanitarie italiane (Cocco 2001).

Il monitoraggio dei *trend* di presenza del fattore «uomo» nei processi di lavoro, tuttavia, richiede anche un'analisi dei modelli organizzativi nei quali le persone sono inserite, nonché un'osservazione di alcune scelte di politica aziendale in merito alle leve di gestione del personale e, quindi, anche di applicazioni contrattuali (Profili 2004).

Non si tratta in questo caso di attivare solo azioni di contenimento del costo, ma di impostare azioni di miglioramento per osservare la dinamica del fenomeno e, soprattutto, per consentire una gestione più equa delle risorse economiche

messe a disposizione dalle aziende per remunerare il lavoro di chi presta la sua opera nel sistema sanitario.

La fonte principale da cui attingere i dati è sicuramente il Conto Annuale che, nelle sue tabelle, fornisce uno spaccato molto interessante delle variabili che influenzano il dato finale. L'analisi di molte tabelle (per esempio la tabella T1E che indica le fasce retributive per il personale non dirigente, la tabella T13 che riporta le indennità e i compensi accessori per il personale in servizio) può essere maggiormente esplicativa se incrociata con ulteriori informazioni, la cui fonte si trova nelle aziende sanitarie stesse, che rappresentano il frutto di scelte aziendali o di indicazioni regionali e che, sia in un caso che nell'altro, testimoniano l'importanza del tema per il livello decisionale (cfr. Filannino 1996).

La scelta dei ricercatori CERGAS è stata perciò quella di indicare ulteriori aree di approfondimento che, al di là del mero dato economico, possano aiutare a comprendere le cause di contrazioni o incrementi del dato complessivo (sia quantitativo – in termini di teste o ore uomo – sia di spesa) e le leve organizzative da tenere sotto controllo per gestire tale fattore produttivo.

Da ultimo però una precisazione è doverosa: controllare il costo del personale in sanità, e in ogni sistema organizzativo, potrebbe essere molto semplice nella misura in cui il divieto assoluto di assumere e/o di inserire a vario titolo nuove persone determina una riduzione delle somme destinate a remunerare il lavoro quotidiano e i risultati produttivi del personale. Controllare l'impiego della risorsa umana in aziende di servizi, però, vuole dire spostare l'attenzione anche ad altri fenomeni che possono non influire direttamente sui costi, ma che generano sinergie e circoli virtuosi a livello complessivo. L'analisi delle variabili che sono da qui in poi citate è da intendersi come la possibilità di comprendere i fattori che influenzano un corretto impiego della risorsa umana e gli elementi che possono creare benessere organizzativo agendo non direttamente sui costi, ma sul rapporto produttività/costi o sulla motivazione percepita all'interno di ospedali e servizi territoriali (Filannino 2006).

#### **7.4.1 Contrattazione integrativa**

Lo studio e il confronto delle modalità di applicazione del Contratto integrativo aziendale (CIA) è un tema importante se si vuole affrontare il nodo degli strumenti operativi a supporto delle politiche di gestione delle risorse umane. Il contratto è l'ambito nel quale vengono delineate le politiche e le azioni aziendali in tema di risorse umane ed è il presupposto rispetto al quale cercare in azienda gli strumenti operativi che gestiscono i principi in esso dichiarati (Filannino 2002a).

Pur non esistendo uno spazio regionale in tema di contrattazione collettiva, l'articolo 9 dei CCNL 2002–2005 della dirigenza (dedicato al «Coordina-

mento regionale») introduce un livello di confronto regionale nelle seguenti materie<sup>17</sup>:

- ▶ utilizzo delle risorse economiche regionali;
- ▶ formazione manageriale e formazione continua;
- ▶ utilizzo delle quote dei minori oneri da riduzione organici;
- ▶ modalità di incremento dei fondi in caso di aumento di organico;
- ▶ criteri generali per introdurre sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti;
- ▶ criteri di sviluppo di standard per l'individuazione dei volumi prestazionali;
- ▶ criteri generali per la razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza;
- ▶ criteri per la mobilità del personale in caso di eccedenza dei dirigenti nei processi di ristrutturazione aziendale;
- ▶ criteri generali per garantire che la libera professione sia modulata in modo coerente all'andamento delle liste di attesa.

Questo cambiamento nel sistema generale introduce un ulteriore livello di ricerca e di *benchmark* oltre a quello che riguarda gli ambiti di lavoro della singola azienda, ovvero quello regionale relativamente all'applicazione prima e alle scelte poi in merito all'articolo 9.

Su questo fronte si tratta di comprendere quanto e come le Regioni hanno deciso di «occupare» costruttivamente uno spazio previsto per lo svolgimento dei rapporti con le organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL, metodologia che valorizza il sistema partecipativo cui è improntato il modello delle relazioni sindacali nella riforma del pubblico impiego, concependolo come sostegno per orientare le aziende sui temi di politica aziendale (Filannino 2002b).

I possibili indirizzi emanati dal Coordinamento regionale come previsto dall'articolo 9 si rivolgono a temi di programmazione di notevole spessore e sono quindi fondamentali laddove esista, o si voglia generare, un'identità regionale forte, in questo caso su aspetti di vitale importanza per il buon funzionamento delle aziende sanitarie, che si riflettono sia sulla dinamica dei costi del personale, sia sul clima organizzativo interno.

Quanto al secondo fronte, quello delle aziende, l'esame dei contratti integrativi aziendali è lo spunto per entrare maggiormente nel merito delle scelte operative di strutture ospedaliere e territoriali, specialmente in relazione ai criteri pensati per la distribuzione della quota variabile dello stipendio. In particolare, gli

---

<sup>17</sup> Il comma 1 recita: «... le Regioni, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso, possono emanare linee generali di indirizzo...». Un'indicazione simile – sebbene priva di termini temporali – si ritrova all'art. 7 c. 1 del CCNL del comparto.

approfondimenti potrebbero riguardare la costruzione di indicatori utili a monitorare i seguenti temi:

- ▶ *Le tipologie di rapporto di lavoro* che esistono nelle strutture sanitarie e che spesso sono, oggi, forme alternative di inserimento stabile nell'organico lavorativo.
- ▶ *La dimensione dei fondi per la produttività individuale e collettiva* previsti per le macrocategorie: medici, dirigenti non medici, personale non dirigente. L'importo del fondo per la contrattazione integrativa è la somma immediatamente destinabile alle politiche del personale e al finanziamento delle azioni da intraprendere in tema di valorizzazione del raggiungimento dei risultati, delle responsabilità assegnate e agite e del livello di professionalità maturato (Cortellazzi e Pais 2001). Le somme previste nel fondo devono essere obbligatoriamente utilizzate per «pagare» le scelte fatte in tema di risorse umane; interessante è però comprendere quanto le somme destinate coprono le scelte organizzative adottate, alcune delle quali interpretazione del pensiero strategico della Direzione Generale, come il numero delle strutture complesse, delle strutture dipartimentali, delle strutture semplici, il numero di incarichi di alta professionalità, la tipologia degli altri incarichi professionali. Inoltre le diverse capienze dei fondi destinati al personale (dirigenza medica, dirigenza SPTA non medica, comparto), che per ragioni storiche sono molto diverse, generano forti sperequazioni tra le persone nel momento in cui gli operatori di un'*équipe* multidisciplinare composta da persone tutte orientate al medesimo obiettivo percepiscono, al raggiungimento dello stesso, importi diversi non per un diverso contributo al lavoro (migliore o peggiore), ma per una diversa disponibilità economica di partenza correlata al profilo giuridico del professionista (medico, psicologo, amministrativo, infermiere, ecc.).
- ▶ *Gli incarichi dirigenziali e le posizioni organizzative*. Analizzare le tipologie e la numerosità di incarichi attribuiti ai dirigenti e la rilevanza numerica ed economica delle posizioni organizzative significa non solo osservare il costo di questo fenomeno, ma soprattutto capire la cultura organizzativa e le conseguenti scelte che stanno alla base dei modelli organizzativi delle aziende. Si è assistito negli anni ad un proliferare di unità operative negli organigrammi di ospedali e ASL, conseguenza dell'idea e della prassi, secondo la quale la meritocrazia e la capacità professionale potessero essere valorizzate e riconosciute solo mediante l'attribuzione di incarichi di natura gestionale. Ma creare strutture organizzative significa, da un lato, appesantire l'intera organizzazione, creando responsabilità manageriali anche dove non servono e dotando ogni nuova struttura delle risorse umane e tecnologiche che la definiscono come tale; dall'altro lato, rinnegare il principio che il valore professionale deve emergere mediante la valorizzazione formale ed economica del singolo e non mol-

tiplicando i centri decisionali di natura organizzativa (Filannino et al. 2007). Analogamente, le posizioni organizzative sono per il comparto l'equivalente degli incarichi, cioè rappresentano una responsabilità organizzativa o tecnico-specialistica formalizzata che necessita una figura altamente preparata che ne presidi i contenuti ed il raggiungimento degli obiettivi. Dal momento che il finanziamento delle indennità di posizione organizzativa è compreso nello stesso fondo contrattuale del finanziamento delle fasce economiche delle progressioni orizzontali destinare quote economiche all'istituto contrattuale delle posizioni organizzative vuole dire stanziare meno risorse per le progressioni orizzontali. È dunque evidente che la scelta non può essere che guidata da un'attenta analisi del fabbisogno organizzativo in termini di valutazione dei processi di lavoro sanitari e amministrativi e di rilevazione del «chi fa che cosa» per il buon funzionamento del sistema organizzativo. Accanto perciò alla dimensione economica di incarichi e posizioni gestionali e professionali, che già fornisce uno spaccato del problema e dell'eterogeneità tra Regioni e nelle Regioni, soprattutto se finanziate anche con importi extra fondo a carico del bilancio aziendale, la motivazione organizzativa, documentata per esempio nel Piano di organizzazione o nell'Atto costitutivo aziendale, consente valutazioni di merito decisamente importanti (Bandini, Filannino e Zangrandi 1999).

- *La progressione orizzontale: le fasce contrattuali del comparto.* La scelta fatta dal legislatore con l'introduzione delle fasce economiche nel contratto del comparto 1998-2001 era stata quella di creare un percorso di sviluppo professionale anche per il personale non dirigente, che vedesse appunto, nel passaggio tra le fasce della categoria, il riconoscimento di capacità professionali sempre più mature in coerenza al ruolo esercitato e a quanto chiesto dall'organizzazione aziendale. Un'analisi della distribuzione del personale nelle categorie e nelle fasce potrebbe illustrare se e come questa politica di sviluppo è stata condotta; se il progredire nelle categorie è un atto dovuto con il passare del tempo e con la disponibilità economica sul fondo contrattuale oppure se si basa sul sistema permanente di valutazione individuale; se l'istituto contrattuale è applicato con coerenza tra i diversi ruoli del personale (sanitario, professionale, tecnico e amministrativo). Analizzare come si applicano operativamente questi aspetti per il personale sanitario e per il personale amministrativo può anche servire a capire se esistono, in sanità, delle differenze nell'approccio alla gestione del personale tra queste due anime che convivono nelle aziende senza, magari, realmente integrarsi.

#### **7.4.2** Composizione professionale delle strutture di ricovero

Un secondo approfondimento del lavoro di ricerca può essere rivolto alla relazione tra la dotazione organica e la reale composizione professionale delle *équipe* di lavoro, non solo per finalità di contenimento del costo del personale,

quanto per rispondere a quesiti che riguardano la sostituibilità dei professionisti nell'ambito dei processi di lavoro comparati ai livelli di qualità dei risultati attesi.

Accanto, quindi, a quanto rilevato nel paragrafo 7.3.5 in tema di maggiori o minori costi del personale come media regionale per composizioni professionali più pesanti o più leggere, l'analisi dovrebbe:

- ▶ spostare l'attenzione dal livello regionale a quello aziendale, in particolar modo alle strutture di ricovero;
- ▶ agganciare il *trend* aziendale in termini di composizione e costi ai risultati prodotti dalle strutture di ricovero stesse.

Anche in questo caso, base dati indispensabile è il Conto Annuale (presenza del personale a tempo determinato o indeterminato), da confrontare con i dati di produzione ospedaliera. In particolar modo l'osservazione sui fenomeni aziendali potrebbe essere ancora più mirata e approfondita non vertendo soltanto sui livelli di produzione rispetto alla composizione professionale delle *équipe* sanitarie, ma anche studiando alcuni modelli organizzativi ospedalieri che si contraddistinguono per innovatività (per esempio modelli organizzativi basati sul principio della diversa intensità assistenziale dei pazienti) e per la diversa attribuzione di responsabilità e compiti nel gruppo. Si tratta quindi di capire come l'evoluzione dei percorsi formativi e delle responsabilità professionali di alcuni gruppi di professionisti ospedalieri possono generare, a parità di risultati attesi, nuovi modelli di erogazione dell'assistenza, nuovi ruoli e responsabilità pur a fronte di minori costi del personale, per lo meno a livello di «tabellare».

Sempre sul fronte delle composizioni degli organici, si potrebbe infine indagare:

- ▶ la relazione tra età anagrafica ed anzianità di servizio, per riflettere sulle evoluzioni e sulle nuove caratteristiche che dovranno assumere tra qualche anno le strutture d'offerta di servizi sanitari a fronte di una significativa uscita di professionisti dal sistema per raggiunta età pensionabile. Uno dei pensieri dominanti nella pubblica amministrazione è che l'età anagrafica sia direttamente correlata all'anzianità di servizio, ovvero che il trascorrere del tempo generi quella professionalità necessaria per progredire nel sistema, che invece necessita di risultati professionali misurabili e misurati dall'organizzazione. Se questa considerazione molto generale, che ovviamente non vale in assoluto, è riscontrabile anche in sanità, ci dovrebbe essere una maggior possibilità di impostare per il futuro percorsi di sviluppo professionale più incisivi per *équipe* con età media inferiore alle attuali;
- ▶ il livello di presenza qualificata delle donne in qualità di lavoratrici del SSN (professione prevalente, direzioni di dipartimento e strutture complesse attri-

buite, incarichi professionali di elevata professionalità riconosciuti, remunerazione raggiunta).

### 7.4.3 Turn over e assenze del personale

Il flusso in entrata e in uscita del personale dal sistema di offerta è una leva importante da governare per garantire il funzionamento dei servizi sanitari.

A questo proposito lo studio approfondito sia a livello regionale che di singola azienda delle cause che determinano la mobilità in entrata (assunzioni) e la mobilità in uscita (cessazioni) illustra le determinanti del costo del personale che, unitamente ai piani di assunzione redatti annualmente e subordinati ad autorizzazione regionale, alimentano i modelli organizzativi ed il mix di professionalità ritenute indispensabili per l'attività istituzionale.

In quest'area possono essere inseriti anche i dati di assenza del personale con le diverse causali (per esempio ferie, assenze per malattia retribuita, altre assenze retribuite e non retribuite, assenze per legge 104/92, assenze per maternità e paternità, congedi parentali, assenze per sciopero<sup>18</sup>) e il dato riguardante il tempo parziale che, per quanto diritto del lavoratore, può incidere pesantemente sulla funzionalità delle unità operative e sul fabbisogno di personale ad integrazione delle risorse mancanti.

## 7.5 Conclusioni

1. L'analisi di posizionamento, pur con alcuni limiti evidenziati, mette in luce alcuni aspetti qualitativi importanti, tra i quali le ampie differenze nella composizione professionale e nella composizione organizzativa degli organici regionali.

La composizione professionale reale che si riscontra nei SSR è più varia di quanto farebbe prevedere una regolamentazione professionale assai attenta a definire monopoli legali sui diversi ambiti di attività e dotazioni minime di personale richieste dai sistemi di autorizzazione e accreditamento. Ciò a sua volta implica che:

- ▶ la programmazione dei fabbisogni (in primo luogo nella definizione dei numeri chiusi dei corsi di laurea e delle scuole di specialità ma anche, per alcune professioni, nella gestione degli esami di Stato) dovrebbe interrogarsi su tali differenze per prendere decisioni coerenti non solo rispetto ai profili professionali teorici (cioè a cosa ci si aspetta che ciascun profilo faccia), ma anche alle esperienze concrete sviluppate nel sistema (cioè alle composizioni reali degli organici delle aziende). La variabilità della composizione professionale ri-

<sup>18</sup> Un inquadramento del tema delle assenze è in Costa et al. (2007, pp. 135-138).

levata negli organici dei diversi SSR è infatti segno di una fungibilità tra professioni certamente più elevata di quella ipotizzata dalla regolamentazione del sistema professionale. Ciò, a sua volta, induce a interrogarsi se, a sostanziale parità di responsabilità che possono assumere due professioni diverse, ma parimenti utilizzate nel processo di lavoro, i fabbisogni teorici di personale stabiliti dalla programmazione sono ancora realistici o non possono invece essere modificati con la presenza di altre professioni il cui costo orario è minore (cfr. Filannino 1996);

- ▶ ancora più urgente sembra una revisione delle tendenze alla proliferazione di professioni sanitarie tutte dotate di monopoli legali che in via teorica sono reciprocamente esclusivi, per tendere invece a una regolamentazione che riduca il numero di professioni operanti nel sistema e limiti gli ambiti dei monopoli legali a quelli che l'esperienza concreta ha mostrato essere ambiti esclusivi di esercizio di una certa professione (De Pietro 2005, pp.74-77).

Passando a considerare la composizione organizzativa, anch'essa – come prevedibile – è assai varia tra le Regioni, costituendo un fondamentale ambito di autonomia gestionale delle aziende. Ciò detto, a volte potrebbe essere utile un suo maggiore monitoraggio, soprattutto quando la funzionalità gestionale si dimostra molto debole (fino ai casi più gravi in cui c'è quasi l'esigenza di un «commissariamento»).

2. L'incidenza dell'effetto composizione e dell'effetto retribuzioni è relativamente limitata rispetto al costo complessivo del lavoro<sup>19</sup>. Ciò è vero anche quando si guardi alle Regioni con forte disavanzo e che si sono dotate di Piani di rientro. Gli scostamenti spiegati dai vari «effetti» rispetto alla spesa del personale complessiva, mostrano che una loro «gestione attiva» da parte delle Regioni, nell'ipotesi che ciò fosse politicamente e operativamente possibile, non permetterebbe in ogni caso di risanare i conti nel breve periodo. Inoltre, occorre tenere conto del fatto che tale aggiustamento trova limiti anche nei contratti collettivi di lavoro, che vincolano l'utilizzo di tali somme a interventi che devono andare comunque a beneficio dei dipendenti. Le eventuali quote non distribuite, infatti, possono essere rinviate all'esercizio futuro, al termine del quale devono però essere corrisposte al personale o, in accordo con le organizzazioni sindacali, utilizzate per iniziative rivolte ai dipendenti (attività formative o assunzioni).

3. Osservazioni importanti, anche apparentemente contraddittorie tra loro, sono possibili circa la rilevanza sostanziale delle voci accessorie dello stipendio:

---

<sup>19</sup> In Figura 7.7 gli scostamenti percentuali delle singole Regioni sono tutti compresi all'interno del  $\pm 8\%$ , tranne che per le Regioni a statuto speciale di Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

- ▶ alcune di queste voci non sono realmente variabili, nel senso che non costituiscono leve retributive a disposizione dell'azienda (si pensi per esempio all'indennità di specificità medico-veterinaria);
- ▶ anche se non evidenziato dai dati presentati nel capitolo, è noto come la componente variabile delle retribuzioni spesso vari in modo sensibile tra le aziende. Ciò è spiegato soprattutto dalla storia aziendale (vecchie dotazioni organiche, andamento del *turn over* e passate decisioni di gestione) che determina i fondi disponibili oggi e che incide pesantemente sugli umori e sulla percezione di equità del sistema da parte degli operatori. Sicuramente un confronto di questi dati economici con i dati di produttività individuale può essere una valida verifica, non tanto del livello di adeguatezza delle risorse complessivamente destinate alla remunerazione dei lavoratori, quanto dell'equità organizzativa nel riconoscere chi effettivamente lavora e nel premiare chi raggiunge gli obiettivi aziendali anziché la mera anzianità o presenza in servizio;
- ▶ è importante che le aziende abbiano coscienza della composizione delle retribuzioni riconosciute ai propri professionisti e sappiano sfruttare gli spazi di autonomia riconosciuti loro dalle leggi e dai CCNL, più di quanto concretamente fatto nella più parte dei casi (si pensi alla gestione della progressione economica orizzontale). Troppe volte, infatti, un approccio di natura esclusivamente giuridico-amministrativa impedisce di considerare le retribuzioni e, più in generale, le politiche del personale nel loro insieme. Al contrario, spesso gli uffici amministrativi tendono ad analizzare e gestire la retribuzione istituito per istituto, senza una capacità soddisfacente di ricomporre il quadro dei rapporti tra contributi offerti dai professionisti e ricompense ricevute da parte dell'azienda per la quale lavorano. Nella realtà, l'innovazione anche sul fronte dell'applicazione della norma è fondamentale per le organizzazioni dove il capitale umano, esplicitando conoscenze e capacità, riesce a fornire buoni livelli di soddisfazione e soluzioni all'utenza/clientela mediante sia singole prestazioni che forme varie di servizio. La gestione della «conoscenza organizzativa» del personale assume pertanto un ruolo importante nelle scelte presenti e future dell'azienda e nella creazione di competenze distintive sostenibili nel tempo (Cappucci 1999). La conoscenza non solo costituisce la base dell'attuale vantaggio competitivo dell'azienda sanitaria, ma si configura come chiave dinamica di sviluppo del futuro: come tale occorre preservarla e garantirne il costante arricchimento e rinnovamento attraverso la condivisione, l'integrazione dell'agire tra i professionisti e tra i professionisti e il sistema organizzativo (Protasoni 2003).

4. Scelte improntate alla «giustizia organizzativa» e a buone politiche di gestione delle risorse umane incidono fortemente sulla costruzione di un buon clima organizzativo (D'Amato e Majer 2005). Fattori di clima come innovatività, dinami-

simo e sviluppo, *rewards* sono fortemente influenzati dalle politiche aziendali sulle persone in termini di sistemi di valutazione, di assegnazione di responsabilità, di equità nella definizione dell'ammontare di risorse economiche e nella loro distribuzione.

Monitorare il clima organizzativo e i fattori che lo determinano significa, di fatto, «sparigliare» le carte per osservare come modelli organizzativi, composizioni delle *équipe*, equità nei criteri di valorizzazione delle persone, quali elementi che definiscono il costo del personale, in realtà influenzino il livello di motivazione e il senso di appartenenza che i professionisti hanno verso la loro organizzazione.

I fattori che influenzano il costo del personale agiscono anche sul clima organizzativo e come tali devono essere attentamente curati e presidiati in quanto generatori di appartenenza al sistema lavorativo. L'azione del Ministero della Salute non può non vertere anche sulla conoscenza di questi aspetti.

## Bibliografia

- Bandini F., Filannino C., Zangrandi A. (1999), «I nuovi ordinamenti professionali ed il nuovo contratto delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 29, pp. 73-78.
- Cappucci U. (a cura di) (1999), *Business, strategia e competenze. Un modello di gestione per lo sviluppo della competitività aziendale*, Milano, Guerini e Associati.
- Cocco G. (2001), *Valorizzare il capitale umano d'impresa*, Milano, Etas.
- Cortellazzi S., Pais I. (2001), *Il posto della competenza*, Milano, Franco Angeli.
- Costa E., De Pietro C., Quatrini A. (2007), «Monitoraggio delle assenze e carichi di lavoro nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia», *Mecosan*, 62, pp. 135-50.
- D'Amato A., Majer V. (2005), *Il vantaggio del clima. La ricerca del clima per lo sviluppo organizzativo*, Milano, Cortina.
- De Pietro C. (2002), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- De Pietro C. (2003), «Le retribuzioni nella sanità pubblica: una prima analisi quali-quantitativa in due aziende», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- De Pietro C. (2006), «La carenza di infermieri: condizioni del mercato del lavoro e risposte di management», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.

- De Pietro C., Tereanu C. (2005), «Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del SSN: criticità e prospettive», *Mecosan*, 55, pp. 65-85.
- Del Vecchio M., De Pietro C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Filannino C. (1996), «La rilevazione dei costi diretti», in Casati G. (a cura di), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.
- Filannino C. (2002a), «Dirigenza e comparto: una rilettura del contratto nella prospettiva del knowledge management», *Mecosan*, 42, pp. 9-21.
- Filannino C. (2002b), «La valutazione del personale nelle aziende sanitarie: il caso della Regione Lombardia. Sviluppo di carriera e sistemi di valutazione professionale del personale dirigente», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Filannino C. (2006), «People Strategy: educazione continua in medicina in Regione Lombardia», *Mecosan*, 58, pp. 133-147.
- Filannino C. et al. (2007), «Sviluppo delle risorse umane: il governo dei dirigenti professionali», in Direzione Generale Assessorato alla Sanità – Regione Lombardia, *L'evoluzione del clinical management*, Milano.
- Profili S. (2004), *Il Knowledge Management. Approcci teorici e strumenti gestionali*, Milano, Franco Angeli.
- Protasoni R. (2003), *People Strategy. La nuova sfida per il management di successo*, Milano, Guerini e Associati.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino.