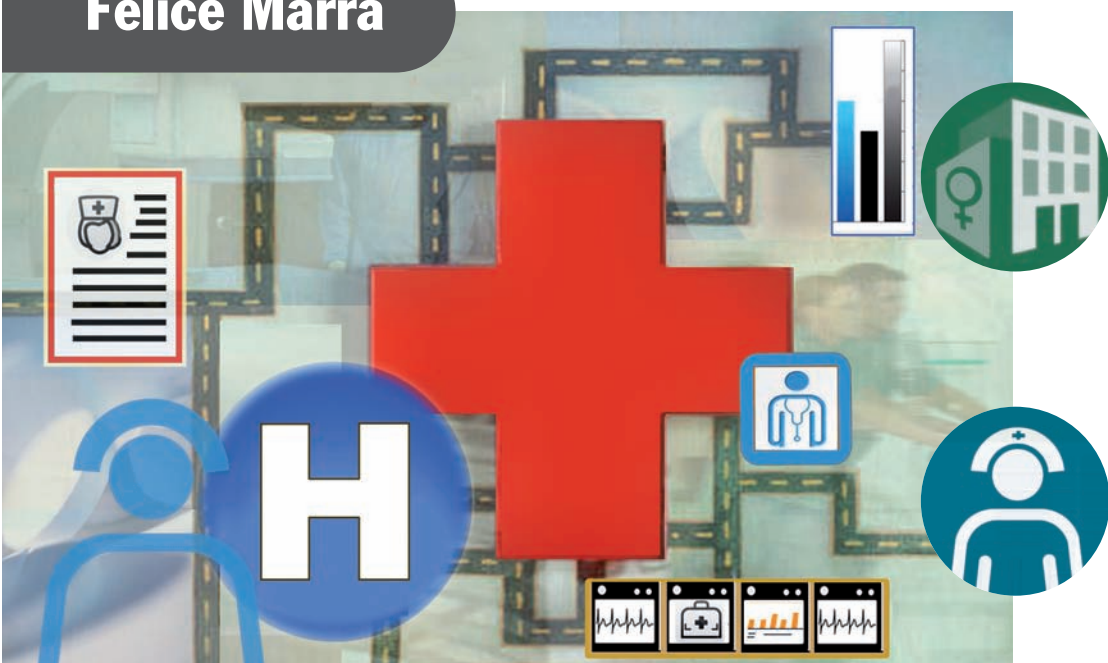


Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie

Aspetti contrattuali e management

Felice Marra



FRANCOANGELI

Am - La prima collana di management in Italia

Testi advanced, approfonditi e originali, sulle esperienze più innovative in tutte le aree della consulenza manageriale, organizzativa, strategica, di marketing, di comunicazione, per la pubblica amministrazione, il non profit..

I lettori che desiderano essere informati sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “informazioni” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a: “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.



Felice Marra

Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie

Aspetti contrattuali e management



FRANCOANGELI

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:

1. L'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;
2. L'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).
Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);
3. L'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);
4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscellanee, raccolte, o comunque opere derivate.

Indice

Introduzione	pag. 11
1. Natura e caratteristiche delle funzioni di coordinamento	» 15
1. Origine normativa contrattuale	» 15
2. I livelli di coordinamento e la graduazione della complessità	» 16
3. Le disposizioni introdotte dalla legge 1° febbraio 2006, n. 43, e l'evoluzione contrattuale di lavoro	» 18
2. L'organizzazione delle attività	» 23
1. La scelta del modello organizzativo	» 23
2. Il servizio infermieristico e tecnico aziendale	» 25
3. Il piano di lavoro e la turnistica	» 29
4. Il controllo dei costi	» 33
5. Il sistema informativo	» 38
6. Il processo di approvvigionamento di beni e servizi	» 40
7. La garanzia e sicurezza degli ambienti di lavoro e dei lavoratori	» 44
8. La carta dei servizi e il sistema di qualità	» 48
3. La pianificazione, acquisizione e sviluppo delle risorse umane	» 51
1. Le relazioni sindacali	» 51
1.1. Rappresentatività e rapporti di forza	» 52
1.2. Il sistema delle relazioni sindacali	» 54

2. Il sistema di classificazione del personale	pag. 65
3. La pianificazione del fabbisogno di risorse umane	» 67
4. La rilevazione dei carichi di lavoro	» 71
5. Le procedure di reclutamento	» 73
6. Le procedure concorsuali pubbliche del personale del comparto	» 75
7. Gli strumenti di sviluppo del personale: le progressioni verticali, le progressioni orizzontali, le posizioni organizzative	» 78
7.1. La progressione verticale	» 78
7.2. La progressione orizzontale	» 80
7.3. Le posizioni organizzative	» 82
8. La flessibilità nel lavoro	» 84
9. Il rapporto di lavoro a tempo determinato	» 85
10. Il contratto di somministrazione a tempo determinato	» 88
11. Le collaborazioni	» 89
12. Il contratto di telelavoro	» 90
13. Il contratto di formazione e lavoro	» 91
14. Il rapporto di lavoro a part-time	» 91
4. Il coordinamento delle risorse umane	» 95
1. L'ingresso in azienda	» 95
2. Il regime dell'orario di lavoro	» 96
2.1. L'orario normale di lavoro	» 96
2.2. Il riposo giornaliero	» 100
2.3. Il riposo settimanale	» 101
2.4. Il lavoro notturno	» 102
2.5. Il lavoro straordinario	» 103
2.5. Il servizio di pronta disponibilità	» 104
3. La gestione dell'indennità per l'assistenza domiciliare	» 105
4. Il regime delle assenze	» 111
4.1. L'assenza per malattia	» 111
4.2. Le ferie	» 114
4.3. Il regime dei permessi	» 115
4.4. L'aspettativa	» 117

4.5. Le misure di tutela della maternità e della paternità	pag. 117
5. L'ordine di servizio	» 119
6. Il lavoro per squadra funzionale e l'interscambiabilità dei ruoli	» 121
7. Gli stili di leadership	» 125
8. La formazione	» 129
9. Le cause di cessazione dal rapporto di lavoro	» 133
5. Valutazione, merito e produttività	» 135
1. Il sistema premiante della produttività	» 135
2. Il sistema di valutazione aziendale	» 140
2.1. La valutazione delle posizioni di coordinamento	» 142
2.2. La valutazione della performance	» 143
2.3. La valutazione delle competenze	» 144
2.4. La valutazione del potenziale professionale	» 144
2.5. La valutazione del clima aziendale e il benessere organizzativo	» 145
3. Aspetti organizzativi e funzionali	» 145
6. Le responsabilità	» 149
1. Nozione di responsabilità	» 149
2. La responsabilità penale	» 150
3. La responsabilità civile	» 155
4. La responsabilità disciplinare	» 157
5. La responsabilità amministrativa	» 163
Bibliografia, normativa e giurisprudenza di riferimento	» 165

A
Anna, Sofia e Simone Lorenzo

Introduzione

L'evoluzione delle organizzazioni sanitarie verso sistemi di intervento socio-assistenziali caratterizzati da una certa complessità operativa, attraverso anche la partecipazione multiprofessionale dei diversi operatori, ha comportato la necessità di potenziare le funzioni di coordinamento delle risorse umane per razionalizzare le fasi di intervento e assicurare al cittadino utente una risposta ai bisogni emergenti con maggiore efficacia.

Tale aspetto è considerevole dal lato della domanda di salute sempre crescente e maggiormente complessa, in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione, che rende sempre più necessaria una molteplicità di interventi professionali, sempre più integrati, per assicurare con ciò una risposta completa e soddisfacente¹.

In ciò è da rilevare una crescente aspettativa da parte dei cittadini utenti su un'appropriatezza prestazione socio-sanitaria e qualitativamente idonea a

¹ Il DPEF (documento di programmazione economica e finanziaria) 2010-2013 – approvato dal Governo – indica le previsioni finanziarie per il Ssn per i prossimi anni. Se nel 2008 la spesa è stata di 108,747 miliardi di euro, la previsione per il 2009 fa lievitare la cifra a 112,929 miliardi di euro. Nel 2010 la previsione è di 114,719 miliardi di euro, mentre per il 2011 arriverà alla quota di 118,364 miliardi di euro. Trend di crescita stimato anche per il 2012 per 122,769 miliardi di euro, che proseguirà nel 2013 fino a raggiungere 127,677 miliardi di euro. La spesa sanitaria, nel periodo 2010-2013, è stata valutata su un tasso di crescita medio del 3,1 per cento.

Va rilevato che l'Italia nel 2007 ha speso per la sanità l'8,7 per cento del Prodotto Interno Lordo, Pil (6,7 per cento a carico dello Stato). Spendono meno dell'Italia la Spagna (8,5 per cento del Pil) e il Regno Unito (8,4 per cento del Pil); ultimi posti per spesa sanitaria Polonia (6,4 per cento del Pil), Messico (5,9 per cento del Pil) e Turchia (5,7 per cento del Pil). Altri Paesi spendono di più del nostro Paese come il Canada (10,1 per cento del Pil) la Francia (11 per cento del Pil), la Germania (10,4 per cento del Pil), la Svizzera (10,8 per cento del Pil), l'Austria (10,1 per cento del Pil) il Portogallo (9,9 per cento del Pil) l'Olanda e la Danimarca (9,8 per cento del Pil) la Grecia (9,6 per cento del Pil). Il nostro Paese resta indietro riguardo le professioni sanitarie. Continua la carenza di infermieri che in Italia sono 7 ogni mille abitanti, contro il 14,3 della Danimarca, il 10 del regno Unito e il 9,9 della Germania (fonte: Ocse, *Rapporto Health*, 2009).

soddisfare le relative esigenze, correlata a una maggiore consapevolezza delle problematiche sanitarie e una maggiore richiesta di informazioni sulle tipologie di intervento e sulle liste di attesa.

Tali propensioni, hanno portato le organizzazioni sanitarie ad approntare modelli funzionali di carattere integrato, come per esempio nel rapporto tra azienda ospedale e azienda sanitaria territoriale (percorsi di dimissioni difficili o protette) o anche la stretta collaborazione e l'unità di intenti negli interventi con gli altri organismi pubblici e privati che operano nel mondo della sanità (case protette, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, cooperative assistenziali, volontariato e centri di cura privati).

Inoltre, a livello più marcatamente operativo, si è assistito alla nascita di nuclei di intervento assistenziali, a volte composti da diverse professionalità, che insieme agiscono per soddisfare un bisogno complesso ma in una visione unitaria dell'intervento.

Nel contempo, le aziende sanitarie, hanno oggi implementato e stanno ancora perfezionando gli strumenti tipicamente aziendali di gestione delle risorse umane, in senso manageriale, che valorizzano gli aspetti della pianificazione e controllo della produttività, dell'appropriatezza e qualità degli interventi, della valutazione delle prestazioni, della valutazione delle professionalità e ancora dell'analisi dei fabbisogni formativi e del controllo dei costi di budget ecc.

Tutto ciò rende evidente, che il profilo dirigenziale manageriale, da solo, non è sufficiente a garantire un'efficiente ed efficace funzionalità al sistema di un'organizzazione sanitaria, di per sé complesso e variegato, se non accompagnato dalla previsione di figure professionali con funzioni di coordinamento, immediatamente sovraordinate alle équipes operative, che possano contribuire in modo incisivo alle funzioni aziendali, con una visione molto più particolareggiata e attenta ai bisogni e alle problematiche emergenti e con ciò maggiormente appropriata a proporre soluzioni sul campo, perché maggiormente vicini agli eventi e agli accadimenti, secondo il sempre valido principio di sussidiarietà, inteso in tal senso con carattere puramente "organizzativo".

In ciò entrano a pieno titolo le funzioni di coordinamento del personale delle professioni sanitarie previste dalla vigente normativa contrattuale del personale del comparto sanità, che in questi ultimi tempi sono oggetto di particolare attenzione delle varie aziende sanitarie, come fulcro essenziale di un sistema organizzativo nevralgico, perché di risposta immediata ai bisogni dei cittadini e con ciò di visibilità diretta della performance e della reputazione dell'azienda.

Tali funzioni di coordinamento possono assumere a un'importante fun-

zione di valorizzazione delle risorse umane immediatamente coinvolte nei processi assistenziali, ciò in ragione soprattutto delle risorse umane addette all'assistenza, caratterizzate da una professionalità in senso allargato, comprensiva quindi non solo delle capacità tecniche in senso stretto, ma anche degli aspetti riferiti alla capacità di interazione con l'utenza e di collaborazione nell'ambito di un sistema organizzato. Le figure di coordinamento dovranno, pertanto, sviluppare capacità non solo di tipo tecnico-assistenziale ma anche doti di comunicazione, motivazione e capacità di far partecipare gli operatori ai processi decisionali.

Con il presente lavoro, si cercherà di analizzare la funzione di coordinamento delle professioni sanitarie, focalizzando l'attenzione sulle competenze manageriali, in relazione all'organizzazione delle attività e al coordinamento delle risorse umane, attraverso la gestione degli istituti contrattuali di lavoro e l'assunzione di responsabilità del proprio operato.

1 Natura e caratteristiche delle funzioni di coordinamento

1. Origine normativa contrattuale

Le funzioni di coordinamento hanno trovato origine con l'art. 10 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, II biennio economico 2001-2002, siglato il 20 settembre 2001, area comparto sanità, che dispone **una specifica indennità per coloro cui sia affidata la funzione di coordinamento dell'attività dei servizi di assegnazione, nonché del personale appartenente allo stesso o ad altro profilo anche di pari categoria e – ove articolata al suo interno – di pari livello economico, con assunzione di responsabilità del proprio operato**¹.

Parliamo, quindi, di figure professionali che – in via di prima applicazione dell'istituto contrattuale – si sono distinte per compiti di coordinamento organizzativo delle attività, delle funzioni a esse correlate, e delle relative risorse umane, con assunzione di responsabilità del proprio operato.

La norma contrattuale in argomento ha disciplinato la funzione di coordinamento prevedendo due fasi applicative:

- la prima fase applicativa contrattuale relativa all'attribuzione dell'indennità di coordinamento per quelle unità di personale che già svolgevano tali funzioni al 31 agosto 2001;
- la seconda fase relativa alla possibilità per ogni azienda sanitaria di istituire nuove posizioni di coordinamento sanitario e sociale, per eventuali esigenze di carattere organizzativo e funzionale.

La natura delle funzioni di coordinamento – secondo il tenore della normativa contrattuale – si inquadra, quindi, in una funzione direttiva e or-

¹ Si veda il testo dell'art. 10 "Coordinamento" del Ccnl 20 settembre 2001, biennio 2000/2001, personale area comparto sanità.

ganizzativa che ha come caratteristica principale e saliente quella di realizzare **la concreta sinergia e integrazione dei vari interventi necessari all'andamento delle attività dei servizi di assegnazione** – intendendo con ciò la funzione di coordinamento come specifica azione capace di “mettere insieme delle cose” o meglio di “mettere insieme tutte le azioni istituzionali e funzionali organizzative” in modo più appropriato e funzionale per l'efficiente ed efficace andamento delle attività sanitarie e sociali.

Ciò comporta, pertanto, non solo la concreta pianificazione degli interventi necessari, ma anche, naturalmente, il coordinamento del personale di riferimento chiamato a realizzare quegli interventi, in modo sistematico e con una visione che garantisca la flessibilità operativa e l'interscambiabilità delle funzioni.

Ricordiamo, a tale proposito, che già il Ccnl 1998-2001, area comparto sanità, nell'ambito delle quattro nuove categorie del personale del comparto, aveva dapprima inquadrato l'infermiere professionale nella categoria C, come Operatore Professionale Sanitario; il caposala nella categoria D, come Collaboratore Professionale Sanitario; l'infermiere dirigente nella categoria DS, come Collaboratore Professionale Sanitario Esperto. Di seguito con il Ccnl integrativo del 20 settembre 2001 viene previsto il passaggio degli infermieri dalla categoria C alla categoria D (Collaboratore Professionale Sanitario) dove rimangono anche gli infermieri coordinatori.

Le disposizioni contrattuali accennate evidenziano, pertanto, figure professionali che accanto alle funzioni prettamente assistenziali svolgono funzioni organizzative e manageriali. La caratteristica saliente del coordinatore rimane, in tal modo, non l'inquadramento nella categoria contrattuale ma la specifica funzione manageriale cui è correlata l'indennità economica prevista dalle norme contrattuali.

Tali norme contrattuali prevedono un'indennità di coordinamento di parte fissa (euro 1549,37) e di parte variabile (fino a un massimo di ulteriori euro 1549,37) in relazione alla graduazione dell'effettiva complessità delle funzioni.

2. I livelli di coordinamento e la graduazione della complessità

La funzioni di coordinamento di sola parte fissa, e le funzioni di coordinamento di parte fissa e di parte variabile, correlata al livello di complessità, sono soggette a un'analisi preventiva di fattibilità funzionale ed

economico-finanziaria, che tenga conto delle necessità dell'azienda sanitaria di riferimento.

In tale contesto l'azienda sanitaria – previa analisi organizzativa delle diverse funzioni di coordinamento da attivare – deve effettuare una **graduazione degli elementi della complessità funzionale**, che possono essere:

- il **grado di livello del coordinamento da effettuare**: intendendo con ciò se il coordinamento riguarda l'intera articolazione aziendale (distretto socio-sanitario e presidio ospedaliero per una Asl territoriale) oppure uno specifico dipartimento aziendale (che potrebbe essere inteso di alta complessità con riferimento all'organizzazione di una azienda ospedaliera) o ancora uno specifico servizio o un'unità operativa semplice (in tal caso, diminuisce la complessità di intervento);
- il **numero delle persone da coordinare e gli specifici contesti di intervento**: graduando con ciò la complessità del coordinamento del personale in base a una dimensione puramente quantitativa o anche legata a specifici interventi caratterizzati da una certa complessità funzionale;
- la **complessità della tecnologia utilizzata**;
- la **complessità prestazionale**;
- la **tipologia dell'utenza**;
- la **presenza o meno di relazioni complesse**.

Per ognuno di questi parametri va attribuito un peso, in relazione alla necessità organizzative e funzionali del contesto di riferimento. La media dei parametri, può essere a riferimento per una individuazione delle funzioni di coordinamento di sola parte fissa, di carattere ordinario, e qualora aumenti il valore della complessità per l'individuazione dei coordinamenti di parte fissa e di parte variabile, e il valore specifico della relativa indennità.

Effettuata tale analisi organizzativa, attraverso anche il sistema delle relazioni sindacali con lo strumento della concertazione, si giunge successivamente alla fase saliente di scelta delle persone che meglio rispondono alle caratteristiche delle funzione di coordinamento ordinarie (indennità di sola parte fissa) e complesse (indennità di parte fissa e di parte variabile).

In tal senso si possono effettuare – nel principio di trasparenza e imparzialità delle amministrazioni pubbliche – ma anche in relazione al carattere aziendale delle amministrazioni pubbliche che producono sanità – delle selezioni interne tra il personale interessato a ricoprire la funzione – preve-

dendo delle regole chiare, semplici e soprattutto efficaci nella scelta delle persone ritenute più idonee allo svolgimento della delicata funzione di coordinamento.

Quello da evitare è di considerare le indennità di coordinamento come una tantum da dare a quella categoria di personale, non promuovendo, invece, l'aspetto sostanziale di **valorizzazione di quelle unità di personale** che, come accennato, in prima applicazione, già svolgevano la funzione di coordinamento o anche, per le applicazioni successive, **di quelle unità di personale che sono potenzialmente idonee e preparate** a svolgere nuovi incarichi di coordinamento anche complessi ritenuti essenziali per il buon funzionamento delle attività socio-sanitarie.

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (2002/2005, area comparto sanità) ritorna sull'argomento delle funzioni di coordinamento, prevedendo all'art. 19, comma 1, lett. *b*, un percorso di sviluppo del personale con reali funzioni di coordinamento riconosciute al 31 agosto 2001 e che effettivamente svolgevano la funzione, riconoscendo un passaggio alla categoria DS.

Continuando, le norme contrattuali prendono in considerazione anche il restante personale, incaricato delle funzioni di coordinamento successivamente al 31 agosto 2001, promuovendo il relativo sviluppo professionale attraverso idonee procedure selettive.

Questa prospettiva viene, altresì, valorizzata prevedendo una precedenza nelle selezioni interne per il passaggio alla categoria DS, per il personale della categoria D cui sia stata assegnata la funzione di coordinamento successivamente all'entrata in vigore del contratto e l'abbia svolta per un periodo di un anno con valutazione positiva.

Le caratteristiche delle funzioni di coordinamento, costituiscono una occasione importante per le aziende sanitarie per approntare nuovi modelli organizzativi, rendendo in questo modo concreta la realizzazione di una vera dirigenza intermedia, **anello di congiunzione fra gli obiettivi aziendali e la prassi clinico-assistenziale**.

3. Le disposizioni introdotte dalla legge 1° febbraio 2006, n. 43, e l'evoluzione contrattuale di lavoro

La legge 1° febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", ribadisce, *in primis*, che l'esercizio delle professioni sanitarie è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a

seguito di un esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario è valido sull'intero territorio nazionale, nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni, ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, inclusi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) individuati dalle Regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss. mm.

La legge 43/2006 istituisce **ordini e albi delle professioni sanitarie**, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché quelli di nuova configurazione. Tali ordini professionali, vengono previsti allo scopo di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario con quello garantito negli stati membri dell'unione europea. Sono previsti, pertanto, l'istituzione di ordini specifici, con albi separati, per ognuna delle professioni previste dalla legge 251/2000 e cioè per l'area delle **professioni infermieristiche, ostetriche, della riabilitazione, tecnico-sanitarie e tecniche della prevenzione**.

L'art. 6 della legge 43/2006 prevede una articolazione delle professioni sanitarie come di seguito riportata:

- a. **professionisti** in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma a esso equipollente ai sensi dell'art. 4 della legge 26 febbraio 1992, n. 42;
- b. **professionisti coordinatori** in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'Università ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'art. 3, comma 9, del regolamento di cui al Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
- c. **professionisti specialisti** in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'Università ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'art. 3, comma 9, del regolamento di cui al Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;
- d. **professionisti dirigenti** in possesso della laurea specialistica di cui al