

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E
INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

1/2021

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E DI INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

Mario Greco
Fondatore

Nicola Nante
Direttore responsabile

Direzione Scientifica

AREA LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Mastrobuono Prof. Isabella

Docente di Organizzazione Sanitaria, LUISS Business School di Roma

AREA SANITÀ PUBBLICA

Nante Prof. Nicola

*Ordinario di Igiene, Resp. del Laboratorio di Programmazione
e Organizzazione dei Serv. San., Univ. degli Studi di Siena*

Comitato Scientifico

Agnello Avv. Maria Carmen

Funzionario Amministrativo, Acquisti e Servizi Sanitari, A.R.N.A.S. Garibaldi, Catania

Alvaro Prof. Rosaria

Associata di Infermieristica generale clinica e pediatrica, Università "Tor Vergata", Roma

Braga Prof. Mario

AGENAS Coordinatore Programma Nazionale Esiti e sistemi di valutazione delle performance assistenziali

Bucci Dr. Raffaella

Consulente AGENAS per il supporto tecnico alle Regioni

Cicchetti Prof. Americo

Ordinario di Organizzazione aziendale, Facoltà di Economia, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Damiani Prof. Gianfranco

Associato in Igiene Generale e Applicata, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Dandi Dr. Roberto

Ricercatore di Economia e Gestione delle Imprese presso il Dipartimento di Impresa e Management della LUISS Guido Carli, Roma

Galletti Prof. Caterina

Docente laurea mag.le in scienze infermieristico-ostetriche, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Mascia Dr. Daniele

Associato in Economia e gestione delle aziende sanitarie, Univ. di Bologna

Mastrilli Dr. Fabrizio

Direttore IEO Istituto Europeo di Oncologia

Messina Prof. Gabriele

Ricercatore MED 42, Univ. degli Studi di Siena

Moirano Dr. Fulvio

Direttore AGENAS

Nonis Dr. Marino

Dirigente Medico c/o Direzione Strategica, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

Ricciardi Prof. Gualtiero Walter

Ordinario di Igiene, Univ. Cattolica S. Cuore, Roma

Ruggeri Dr. Matteo

Economista, Unità di Valutazione delle Tecnologie, Policlinico "A. Gemelli", Roma

Testa Dr. Roberto

Direttore Generale ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila

Organizzazione Sanitaria

TRIMESTRALE DI STUDI E DI INFORMAZIONE SUI SISTEMI SANITARI

Health Organization

QUARTERLY STUDIES AND INFORMATION ON HEALTH SYSTEMS

Anno XLV - N. 1 Gennaio-Marzo 2021

SOMMARIO / SUMMARY

Infezione da N-Coronavirus disease (COVID-19):

misure di informazione e prevenzione A.O. Cosenza 3

L. MARROCCO, F. AMATO, W. AUTERI, C. CATANIA, F. CESARIO, A. DE MARCO, S. DE PAOLA,
F. FIMOGNARI, F. GRECO, F. INTRIERI, S. LOIZZO, A. MASTROIANNI, M. MITARITONNO, G. PANIZZOLI,
P. PASQUA, F. ROSE, G. SCARPELLI, A. ZANOLINI, F. ZINNO

N-Coronavirus disease (COVID-19) infection: information and prevention measures in the A.O. Cosenza

Dal superamento di significative criticità pregresse all'avvio dell'innovazione organizzativa nella Azienda Sanitaria di Matera: il ruolo cruciale del management aziendale nella gestione delle relazioni sindacali 17

J. POLIMENI, R. GIORDANO, F. SPANDONARO, G. PALOZZI

*From overcoming significant previous criticalities to starting organizational innovation in the ASL of Matera:
the crucial role of company management in the management of trade union relations*

Il ruolo della sanità integrativa nell'epidemia da SARS-CoV-2: una possibile integrazione con il SSN 33

G. CATALANO

The role of integrative healthcare in the SARS-CoV-2 epidemic: a possible integration with the NHS

La dissonanza tra curriculum formale e nascosto ha effetti sull'organizzazione sanitaria? 60

G. PEPE, F. PEPE

Effects of dissonance between formal and hidden curriculum on health organization?

Infezione da *N-Coronavirus disease* (COVID-19): misure di informazione e prevenzione A.O. Cosenza

LUCIO MARROCCO, FRANCESCO AMATO, WILLIAM AUTERI, CARLA CATANIA, FRANCESCO CESARIO, AMEDEO DE MARCO, SALVATORE DE PAOLA, FILIPPO FIMOIGNARI, FRANCESCA GRECO, FRANCESCO INTRIERI, SIMONA LOIZZO, ANTONIO MASTROIANNI, MICHELE MITARITONNO, GIUSEPPINA PANIZZOLI, PINO PASQUA, FRANCESCO ROSE, GIANFRANCO SCARPELLI, ALFREDO ZANOLINI, FRANCESCO ZINNO
Azienda Ospedaliera di Cosenza - Presidio Ospedaliero S.S. Annunziata - Unità di Crisi SARS-CoV-2

Riassunto: La nuova malattia da Coronavirus 2019 (COVID-19), causata dalla “sindrome respiratoria acuta grave da Coronavirus 2” (SARS-CoV-2), è rapidamente degenerata in una pandemia globale che ha portato i sistemi sanitari in tutto il mondo al raggiungere i limiti massimi di gestione.

Gli ospedali hanno dovuto reagire immediatamente a questa sfida clinica senza precedenti, riutilizzando sistematicamente i vari reparti.

Queste linee guida hanno fornito una serie dettagliata di linee guida sviluppate nei reparti dell'Ospedale di Cosenza (Calabria - Sud Italia), a cura del Dr. Lucio Marrocco, per accogliere in sicurezza i casi di pazienti infetti da SARS-CoV-2 in aumento esponenziale, senza compromettere la cura dei pazienti o mettere a repentaglio il benessere del personale ospedaliero.

L'organizzazione dei flussi interni riguardanti i gruppi di pazienti infetti da SARS-CoV-2 è la chiave per preservare la salute pubblica, mantenendo standard elevati. La rigorosa segregazione dei gruppi di pazienti nei pronto soccorso, nei reparti di terapia non intensiva e nelle aree operative previene la diffusione virale mentre una formazione adeguata e un'attenta selezione del personale ospedaliero consentono loro di svolgere con sicurezza e con successo i rispettivi compiti clinici.

Abstract: *The novel coronavirus disease 2019 (COVID-19), caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), has escalated rapidly to a global pandemic stretching healthcare systems worldwide to their limits. Hospitals have had to immediately react to this unprecedented clinical challenge by systematically repurposing wards.*

To provide a detailed set of guidelines developed in the wards at Hospital of Cosenza (Calabria - South Italy), by Dr. Lucio Marrocco, to safely accommodate the exponentially rising cases of SARS-CoV-2 infected patients without compromising the care of patients or jeopardizing the well-being of hospital staff.

The dynamic prioritization of SARS-CoV-2 infected patient groups is key to preserving the public health while maintaining high standards. Strictly segregating patient groups in emergency rooms, non-intensive care wards and operating areas prevents viral spread while adequately training and carefully selecting hospital staff allow them to confidently and successfully undertake their respective clinical duties.

Tag: COVID-19; Percorsi SARS-CoV-2; Sicurezza sui luoghi di lavoro

Presentazione (a cura di Francesco Zinno, Direttore Sanitario Aziendale f.f.)

Il Dr. Lucio Marrocco, con la collaborazione dell'Unità di Crisi dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, ha stilato le seguenti linee guida du-

rante la prima e la seconda “Ondate” pandemiche da SARS-CoV-2. Lucio ha lavorato almeno 20 ore al giorno ad approntare, ma soprattutto a valutare la corretta applicazione e applicabilità, nonostante le caratteristiche infrastrutturali del presidio principale dell'Azienda Ospedaliera e

cioè lo Stabilimento Ospedaliero “S.S. Annunziata” di Cosenza.

La preoccupazione principale del Dr. Marrocco, nella sua veste di Responsabile della Protezione e Prevenzione Aziendale, è stata quella di garantire al personale e, di conseguenza, all’utenza un’adeguata protezione da una nuova malattia professionale: il contagio da coronavirus. Tale preoccupazione è cresciuta notevolmente durante la seconda “ondata”, durante la quale il numero di pazienti contagiati nell’area di pertinenza dell’Azienda Ospedaliera di Cosenza si è quintuplicato rispetto alla prima fase pandemica.

Lucio ci ha lasciato avendo l’accortezza di farlo quando i percorsi erano stati già approntati e l’ospedale era in sicurezza, tuttavia coloro che hanno collaborato con lui e tutto il personale dell’Azienda vive con la sua mancanza, anche se le procedure prodotte collaborano a mantenerne vivissima la memoria.

Scopo

Scopo della presente informativa, valida per operatori sanitari, personale tecnico e amministrativo, è contenere al minimo il rischio di contaminazione ambientale e di trasmissione del SARS-CoV-2 da un soggetto sospetto e/o portatore di tale virus al personale d’assistenza sanitaria e/o ad altri individui. Il documento indica, altresì, le misure e le procedure emergenziali.

SARS-CoV-2 e COVID-19

Il COVID-19 è una malattia infettiva causata da un nuovo coronavirus, il SARS-CoV-2, virus a RNA a singolo filamento positivo appartenente alla famiglia dei *Coronaviridae*. La nuova direttiva UE 2020/739 della Commissione del 3 giugno 2020 inserisce il virus SARS-CoV-2 nel gruppo 3; un agente biologico del gruppo 3 “può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l’agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche”.

Sintomi e quadri clinici

Le più frequenti manifestazioni cliniche del COVID-19 sono tosse, febbre, mal di gola, malessere, e mialgie. Alcuni pazienti presentano sintomi gastrointestinali, tra cui anoressia, nausea e diarrea. Sono stati segnalati anche anosmia e ageusia. La comparsa di difficoltà respiratoria è indicativa di un peggioramento della malattia.

I quadri clinici di presentazione del virus SARS-CoV-2 sono così classificati dall’ISS:

1) paziente con infezione asintomatica o pre-sintomatica: una persona trovata positiva al test per SARS-CoV-2 senza segni o sintomi apparenti di malattia;

2) paziente con sintomi lievi: una persona trovata positiva al test per SARS-CoV-2 con sintomi lievi (ad esempio malessere generale, lieve rialzo della temperatura corporea, stanchezza, possibile alterazione di gusto e olfatto);

3) paziente con sintomi moderati: una persona trovata positiva al test per SARS-CoV-2 con chiari segni e sintomi di malattia (malattia respiratoria), ma non abbastanza gravi da richiedere il ricovero ospedaliero;

4) paziente con sintomi severi: una persona trovata positiva al test per SARS-CoV-2 con chiari segni e sintomi di malattia (malattia respiratoria) abbastanza gravi da richiedere il ricovero ospedaliero;

5) paziente con sintomi critici: una persona risultata positiva al test per SARS-CoV-2 con chiari segni e sintomi di malattia (ad esempio, malattia respiratoria) e abbastanza gravi da richiedere il ricovero in Terapia Intensiva.

Diagnosi

La diagnosi di COVID-19 si basa sul rilevamento del SARS-CoV-2 in un campione biologico (tampone oro e rinofaringeo), attraverso il test PCR (*Polymerase Chain Reaction*).

Modalità di trasmissione

La trasmissione delle infezioni da coronavirus, incluso il SARS-CoV-2, avviene nella maggior parte dei casi attraverso goccioline-droplets ($\geq 5\mu\text{m}$ di diametro) generate dal tratto respiratorio di un soggetto infetto soprattutto con la tosse o starnuti ed espulse a distanze brevi (<

1 metro). SARS-CoV-2 si può anche trasmettere per contatto diretto o indiretto con oggetti o superfici nelle immediate vicinanze di persone infette che siano contaminate da loro secrezioni (saliva, secrezioni nasali, espettorato), ad esempio attraverso le mani contaminate che toccano bocca, naso o occhi. La trasmissione per via aerogena (che avviene attraverso particelle di dimensioni $< 5 \mu\text{m}$ che si possono propagare a distanza > 1 metro) non è documentata per i coronavirus incluso SARS-CoV-2, ad eccezione di specifiche procedure che possono generare aerosol (ad esempio, intubazione, tracheotomia, ventilazione forzata) e che avvengono soltanto in ambiente sanitario.

Trasmissione per via aerea (aerosol): considerazioni

Alcune procedure mediche possono produrre goccioline droplet molto piccole (chiamate nuclei di goccioline aerosolizzate o aerosol) che sono in grado di rimanere a lungo sospese nell'aria. Quando tali procedure mediche vengono condotte su persone COVID-19 positive in strutture sanitarie, questi aerosol possono contenere SARS-CoV-2. Le goccioline di aerosol possono potenzialmente essere inalate da altre persone se non indossano adeguati dispositivi di protezione individuale.

Sono stati segnalati focolai COVID-19 in alcuni ambienti chiusi, quali ristoranti, locali notturni, luoghi di culto e di lavoro in cui le persone possono urlare, parlare o cantare. In questi focolai, non è possibile escludere la trasmissione per aerosol, in particolare in luoghi chiusi, affollati e poco ventilati in cui le persone infette trascorrono lunghi periodi di tempo con gli altri. Sono necessari ulteriori studi per indagare su tali episodi e valutarne l'importanza per la trasmissione del virus.

Periodo di contagiosità

Studi recenti suggeriscono che un caso può essere contagioso già a partire da 48 ore prima dell'inizio della comparsa dei sintomi, che potrebbero anche passare inosservati, e fino a due settimane dopo l'inizio dei sintomi. La possibile trasmissione asintomatica o pre-sintomatica dell'infezione è una delle maggiori sfide per

contenere la diffusione del SARS-CoV-2 e indica la necessità di mettere rapidamente in quarantena i contatti stretti dei casi per impedire l'ulteriore trasmissione dell'infezione.

Periodo di incubazione

Le più recenti stime suggeriscono che il periodo di incubazione (intervallo di tempo tra esposizione e insorgenza di sintomi clinici) mediano sia da cinque a sei giorni, con un intervallo da uno a 14 giorni.

Definizioni di caso: sospetto, probabile, confermato

Per la definizione di caso occorre fare riferimento alla circolare 7922 del Ministero della Salute del 9 marzo 2020. Si precisa però che la definizione di caso può essere rivista in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Caso sospetto di COVID-19

1) una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; oppure

2) una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; oppure

3) una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria - es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel pronto soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o nel paese è stata segnalata trasmissione locale.

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i laboratori di riferimento regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o da laboratori regionali di riferimento, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

Definizione di contatto di un caso COVID-19

Un contatto di un caso sintomatico di COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato di COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima a 14 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi nel caso (o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento).

Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona esposta da 48 ore prima

fino a 14 giorni dopo la raccolta del campione positivo del caso (o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento). La tab. 1 riporta le definizioni di contatto stretto e di contatto casuale.

Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena

L'isolamento dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione.

La quarantena, invece, si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

In considerazione dell'evoluzione della situazione epidemiologica, delle nuove evidenze scientifiche, delle indicazioni provenienti da alcuni organismi internazionali (OMS ed ECDC)

Tab. 1 - Definizioni di contatto stretto (con esposizione ad alto rischio) e contatto casuale (con esposizione a basso rischio)

<i>Tipologia di contatto</i>	<i>Definizione</i>
Contatto stretto (esposizione ad alto rischio) (*)	- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19
	- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (es. la stretta di mano)
	- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
	- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti
	- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19, in assenza di DPI idonei
	- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
	- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto
Contatto casuale (esposizione a basso rischio)	- qualsiasi persona esposta al caso, che non soddisfa i criteri per un contatto stretto

(*) Sulla base di valutazioni individuali del rischio, è possibile ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal contesto in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.

e del parere formulato dal Comitato Tecnico-Scientifico in data 11 ottobre 2020, si è ritenuta una nuova valutazione relativa a quanto in oggetto precisato.

Casi positivi asintomatici

Le persone asintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo (10 giorni + test).

Casi positivi sintomatici

Le persone sintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (10 giorni, di cui almeno 3 giorni senza sintomi + test).

Casi positivi a lungo termine

Le persone che, pur non presentando più sintomi, continuano a risultare positive al test molecolare per SARS-CoV-2, in caso di assenza di sintomatologia (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione) da almeno una settimana, potranno interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi. Questo criterio potrà essere modulato dalle autorità sanitarie d'intesa con esperti clinici e microbiologi/virologi, tenendo conto dello stato immunitario delle persone interessate (nei pazienti immunodepressi il periodo di contagiosità può essere prolungato).

Contatti stretti asintomatici

I contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, devono osservare:

- un periodo di quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso; oppure
- un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

Misure di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro

Gli operatori sanitari e tutto il personale dell'AOCs sono tenuti a collaborare attenendosi scrupolosamente alle raccomandazioni diffuse dalle autorità competenti ed in particolare:

- misurare la temperatura all'ingresso nel posto di lavoro;
- indossare correttamente la protezione delle vie aeree (con differenti livelli di protezione, dalla mascherina di comunità al facciale filtrante P3) nei luoghi chiusi, incluse le aree comuni;
- lavarsi spesso le mani con acqua e sapone per almeno 20 secondi oppure utilizzare un gel a base di alcool o candeggina;
- mantenere la distanza interpersonale di almeno 1 metro;
- non toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
- le mani possono entrare in contatto con superfici contaminate;
- rispettare scrupolosamente il galateo tosse: tossire o starnutire nell'incavo del gomito non usando le mani;
- non assumere farmaci antivirali o antibiotici a meno che non siano prescritti dal medico;
- disinfettare le superfici con disinfettante a base di cloro o alcol;
- in caso di sintomi come febbre, tosse, difficoltà respiratorie, marcata astenia, alterazioni del gusto e dell'olfatto contattare il medico di medicina generale (se i sintomi insorgono al di fuori del luogo di lavoro) o il servizio di sorveglianza sanitaria aziendale (se i sintomi insorgono nel turno di servizio, previa comunicazione al dirigente/preposto).

L'insieme delle raccomandazioni sopra elencate, suscettibili di modifiche in base agli scenari epidemiologici, si definisce, per comodità "RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19" e sono applicate in ogni luogo di lavoro da tutto il personale.

NOTA

Ai sensi della L. 24 aprile 2020, n. 27, art. 14, comma 1, "la misura della quarantena precauzionale di soggetti che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia diffusiva ... (art. 1, comma 2, lett. d, D.L. 25 marzo 2020, n. 19) non si applica agli operatori sanitari.

Gli operatori sanitari, sottoposti a sorveglianza (tamponi oro e rinofaringeo, riferita insorgenza di sintomi) sospendono l'attività nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19).

Tab. 2 - Misure di contenimento del contagio

<i>Luoghi di lavoro</i>	<i>Azioni</i>	<i>Misure e DPI</i>
UFFICI AMMINISTRATIVI non a contatto con il pubblico	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19	- esigere che nella stanza, il collega o chiunque vi acceda, indossi correttamente la protezione delle vie aeree - incrementare l'igienizzazione delle mani con i dispenser presenti nei servizi igienici o con le soluzioni a base di alcool in office - verificare l'avvenuta pulizia ordinaria degli ambienti di lavoro; in caso contrario segnalare e richiedere ulteriore pulizia
UFFICI AMMINISTRATIVI a contatto con il pubblico	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19 - Esporre presso gli ambienti aperti al pubblico, o di maggiore affollamento e transito, le informazioni sulle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 - Far installare all'ingresso del servizio un dispenser di gel igienizzante per le mani - Gestire l'affollamento nelle sale di attesa con una programmazione precisa e attenta degli appuntamenti con gli utenti al fine di garantire il distanziamento interpersonale	- installare barriera di protezione in plexiglass alle postazioni di front-office - esigere che nella stanza, il collega e l'utente che vi accede, indossi correttamente la protezione delle vie aeree - incrementare l'igienizzazione delle mani con i dispenser presenti nei servizi igienici - verificare l'avvenuta pulizia ordinaria degli ambienti di lavoro; in caso contrario segnalare e richiedere ulteriore pulizia - chiedere rifornimento di mascherine chirurgiche - verificare l'avvenuta igienizzazione delle mani dell'utente in entrata e in uscita dal servizio - disporre di soluzione a base di alcol per la frequente igiene delle mani e delle attrezzature di lavoro
LABORATORI ANALISI CHIMICHE E CLINICHE	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19	- DPI previsti - incrementare l'igienizzazione delle mani con i disinfettanti in dotazione - verificare l'avvenuta pulizia ordinaria degli ambienti di lavoro; in caso contrario segnalare e richiedere ulteriore pulizia - chiedere rifornimento di DPI e disinfettanti per il personale sanitario
LABORATORIO DI MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19 - Si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti	- laboratorio di BLS di classe 3 (coltura per isolamento del virus) con procedure e DPI conseguenti - laboratorio di BLS di classe 2 (diagnostica con tecniche di biologia molecolare) con procedure e DPI conseguenti
PRE-TRIAGE	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19	- DPI previsti - incrementare l'igienizzazione delle mani con i disinfettanti in dotazione - verificare l'avvenuta pulizia ordinaria degli ambienti di lavoro; in caso contrario segnalare e richiedere ulteriore pulizia - chiedere rifornimento di DPI e disinfettanti per il personale sanitario e pazienti
TRIAGE	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19 - Esporre presso gli ambienti aperti al pubblico, o di maggiore affollamento e transito, le informazioni sulle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2	- DPI previsti - incrementare l'igienizzazione delle mani con i disinfettanti in dotazione - esigere che il paziente ed il suo eventuale accompagnatore, indossino correttamente la protezione delle vie aeree

(segue)

(segue)

Luoghi di lavoro	Azioni	Misure e DPI
TRIAGE	- Far installare all'ingresso del servizio un dispenser di gel igienizzante per le mani - Gestire l'affollamento nelle sale di attesa al fine di garantire il distanziamento inter-personale	- verificare l'avvenuta pulizia ordinaria degli ambienti di lavoro; in caso contrario segnalare e richiedere ulteriore pulizia - chiedere rifornimento di DPI e disinfettanti per il personale sanitario - verificare l'avvenuta igienizzazione delle mani dell'utente in entrata e in uscita dal servizio
AMBULATORI	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19 - Gestire l'affollamento nelle sale di attesa con una programmazione precisa e attenta degli appuntamenti con gli utenti al fine di garantire il distanziamento inter-personale - Esporre presso gli ambienti aperti al pubblico, o di maggiore affollamento e transito, le informazioni sulle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 - Attenersi alle appropriate misure di prevenzione per la diffusione delle infezioni per via respiratoria previste dall'OMS, come l'uso dei DPI e dei disinfettanti per il lavaggio delle mani - Far installare all'ingresso del servizio un dispenser di gel igienizzante per le mani	- DPI previsti - Incrementare l'igienizzazione delle mani con i disinfettanti in dotazione - esigere che il paziente ed il suo eventuale accompagnatore, indossino correttamente la protezione delle vie aeree - effettuare pre-triage telefonico - effettuare pre-triage in office - verificare l'avvenuta pulizia ordinaria degli ambienti di lavoro; in caso contrario segnalare e richiedere ulteriore pulizia - chiedere rifornimento di DPI e disinfettanti per il personale sanitario - verificare l'avvenuta igienizzazione delle mani dell'utente in entrata e in uscita dal servizio
REPARTI DI DEGENZA senza pazienti COVID accertati o sospetti	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI ANTI-COVID-19 - Gestire l'accesso di parenti e visitatori in base alle indicazioni della Direzione Medica del P.U. - Attenersi alle appropriate misure di prevenzione per la diffusione delle infezioni per via respiratoria previste dall'OMS, come l'uso dei DPI e dei disinfettanti per il lavaggio delle mani - Far installare all'ingresso del servizio un dispenser di gel igienizzante per le mani	- DPI previsti - incrementare l'igienizzazione delle mani con i disinfettanti in dotazione - eseguire di regola il tampone oro e rinofaringeo al paziente prima del ricovero - verificare l'avvenuta pulizia ordinaria degli ambienti di lavoro; in caso contrario segnalare e richiedere ulteriore pulizia - chiedere rifornimento di DPI e disinfettanti per il personale sanitario e pazienti - verificare l'avvenuta igienizzazione delle mani degli eventuali accompagnatori in entrata e in uscita dal servizio - attenersi alle disposizioni della DMPU
REPARTI DI AREA COVID (UOC Malattie Infettive, Area OBI-COVID, UOC Terapia Intensiva)	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI COVID-19 - Si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti	Per assistenza diretta: DPI previsti Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol: DPI previsti Esecuzione tampone oro e rinofaringeo: DPI previsti
TUTTI GLI AMBIENTI DI LAVORO DELLA AOCS	Attenersi alle RACCOMANDAZIONI GENERALI COVID-19 - Richiedere al Responsabile Unico del Procedimento (RUP) della ditta esterna che interferisce nelle proprie attività lavorative, l'aggiornamento del DVR a seguito dell'emergenza da COVID-19	- esigere che nelle aree frequentate chiunque vi acceda, indossi correttamente la protezione delle vie aeree - incrementare l'igienizzazione delle mani con i dispenser presenti nei servizi igienici o con le soluzioni a base di alcol in office e lungo i corridoi ospedalieri - verificare l'attuazione della procedura di gestione da interferenza - verificare se le misure previste dalla ditta appaltatrice vengono attuate nel proprio ambiente di lavoro

Ulteriori azioni preventive e protettive mirate al contenimento del contagio sono riportate, per specifico luogo di lavoro, nelle colonne 2 e 3 della tab. 2.

I Responsabili di commessa (RUP) delle attività svolte all'interno degli ambienti di AOCS da ditte terze o da lavoratori autonomi, devono richiedere le procedure di gestione del rischio biologico da SARS-CoV-2.

PROCEDURE OPERATIVE

STRUTTURE OSPEDALIERE - ACCESSO IN OSPEDALE PER RICOVERO

Area di accettazione ed emergenza

Pre-triage

Analogamente alla fase 1 della pandemia tutti i pazienti sono sottoposti a pre-triage esterno al PS.

In prossimità del PS aziendale è allestita una tenda con funzione di pre-triage presidiata 24/24 ore.

Ad eccezione dei pazienti con patologie tempo-dipendenti e di quelli con positività accertata a SARS-CoV-2, ogni paziente che giunge al PS è indirizzato presso la tenda per essere sottoposto al rilievo della temperatura ed a valutazione anamnestica secondo le indicazioni della circolare ministeriale prot. 0005443 22/2/2020. Il personale sanitario presente nella tenda è dotato del set di DPI previsto per la tipologia di attività svolta.

Gestione del paziente sospetto/probabile COVID-19

Il paziente che in fase di pre-triage sia stato valutato "sospetto" (anche sulla base di sintomatologia solo riferita), viene trattenuto in tenda e sottoposto a:

- tampone oro e rinofaringeo;
- rilevazione di parametri vitali;
- prelievo ematico;
- EGA arteriosa.

Se le condizioni cliniche pongono indicazione all'esecuzione di TC Torace, il paziente è trasportato dal servizio di ambulanza dedicato alla diagnostica alla TC GE (ex neuroradiologia) effettuando un percorso totalmente esterno all'ospedale. Al termine dell'esecuzione dell'esame, la sala è prontamente sanificata.

Se il tampone risulterà negativo, il paziente sarà trasferito nell'area clinica di pertinenza o a domicilio se il medico lo riterrà opportuno sulla base della diagnostica effettuata.

Se il tampone risulterà positivo, il paziente sarà trasferito, come indicato in fig. 1, al proprio domicilio o nell'area di degenza COVID.

Gestione del paziente noto COVID-19

Il paziente che accede con tampone positivo segue il percorso riportato in fig. 2.

Tutti gli altri pazienti, che giungono in PS per sintomi e segni non riconducibili ad infezione da SARS-CoV-2 vengono indirizzati presso il triage all'interno del PS.

Tutti i pazienti per i quali viene posta indicazione al ricovero, sono sottoposti a tampone oro rinofaringeo prima dell'invio in reparto. Il tempo d'attesa dell'esito del tampone avverrà nell'area del PS generale dove il paziente dovrà indossare costantemente e correttamente la mascherina chirurgica. Il test molecolare viene processato dal laboratorio di virologia con priorità assoluta in apparecchiatura dedicata esclusivamente al PS.

PERCORSI

REGOLA GENERALE: per ogni trasporto interno del paziente COVID-19 (aree comuni del P.O. Annunziata), si utilizza la barella ad alto bio-contenimento, se fruibile e se paziente non intubato. In caso contrario, sarà necessario garantire, previa tempestiva comunicazione tra i reparti, lo sgombero di eventuali astanti lungo il tragitto e procedere con immediatezza alla sanificazione dello stesso contattando il numero _____

Pronto soccorso

Percorso del paziente COVID-19 dal PS ad altre aree di degenza

a) Pronto Soccorso ⇒ Palazzina Malattie Infettive/Pneumologia - il paziente viene trasportato nella Palazzina con ambulanza dedicata e ricoverato in stanza singola d'isolamento o doppia con isolamento per coorte.

b) Pronto Soccorso ⇒ Geriatria COVID-19 - il paziente COVID-19 accede al piano del reparto tramite monta-lettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETTIGHE COVID-19" a cura del personale di PS.

Tab. 3 - DPI individuati nell'attuale fase pandemica

PRE-TRIAGE	- FFP2 senza valvola - tuta monouso - se non disponibile: camice monouso/grembiule monouso (con copricapo) - guanti - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera. - calzari
TRIAGE	- FFP2 senza valvola - grembiule monouso - guanti - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera. - calzari
AMBULATORI E LABORATORI ESCLUSO VIROLOGIA	- FFP2 senza valvola - grembiule monouso - guanti - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera - calzari
REPARTI NON COVID	- FFP2 senza valvola - grembiule monouso - guanti - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera - calzari
REPARTI COVID	<i>Per assistenza diretta indossare:</i> - FFP2 (anche con valvola) - tuta monouso - se non disponibile: camice monouso/grembiule monouso (con copricapo) - guanti - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera.
	<i>Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol indossare:</i> - FFP3 (anche con valvola) da preferire se disponibile; - tuta monouso - se non disponibile: camice monouso/grembiule monouso (con copricapo) - guanti; - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera. - calzari
	<i>Diagnostica TC GE indossare:</i> - FFP2 senza valvola - tuta monouso - se non disponibile: camice monouso/grembiule monouso (con copricapo) - guanti - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera - calzari
	<i>Diagnostica VIROLOGIA indossare:</i> - FFP2/3 senza valvola - tuta monouso - se non disponibile: camice monouso/grembiule monouso (con copricapo) - guanti - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera - calzari
TUTTI	<i>Esecuzione tampone oro e rinofaringeo:</i> - FFP2 senza valvola - tuta monouso - se non disponibile: camice monouso/grembiule monouso (con copricapo) - guanti - occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiera - calzari

Fig. 1 - Paziente che accede al PS con sintomatologia riferita

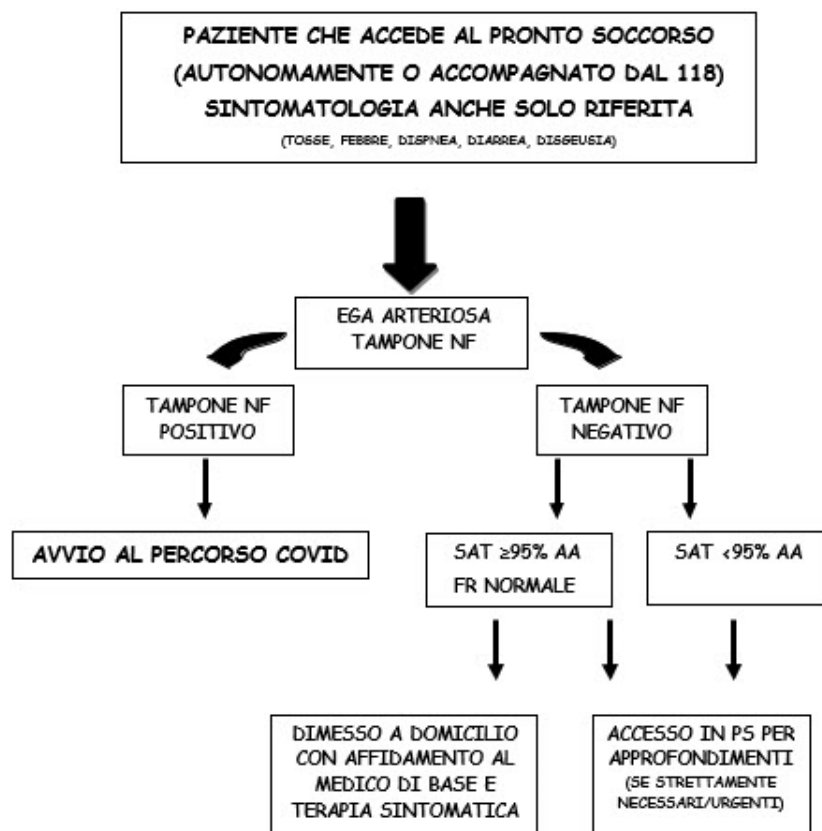
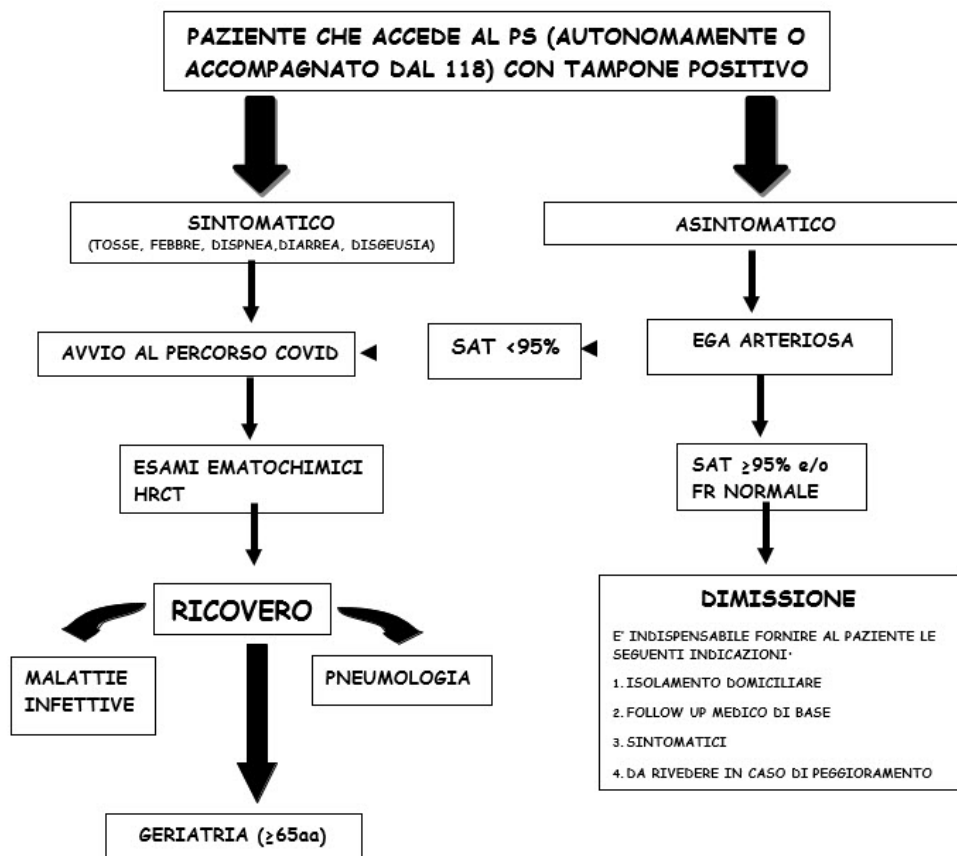


Fig. 2 - Paziente che accede al PS con tampone positivo



c) Pronto Soccorso ⇒ Medicina Generale S. Barbara - raro. Il paziente COVID-19 viene trasportato con servizio di ambulanza dedicata.

d) Pronto Soccorso ⇒ Terapia Intensiva - il paziente COVID-19 accede al piano sottostante del reparto di Unità Intensiva tramite il montalettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETTIGHE COVID-19" a cura del personale di PS.

Percorso operatori sanitari

INGRESSO: il personale sanitario ospedaliero che presta servizio all'interno del PS, accede all'UO attraverso l'ascensore definito e segnalato (ASCENSORE NON COVID-19) con indosso la normale divisa di lavoro. Prima di accedere nell'area degli ambulatori, procede alla vestizione di idonei DPI che, al termine del turno di lavoro, sono smaltiti negli appositi contenitori a rischio infettivo posizionati presso l'uscita. Il personale che presta servizio all'esterno nella tenda pre-triage smaltisce i DPI, il cui consumo è chiaramente superiore, negli appositi contenitori a rischio infettivo posizionati fuori dalla tenda.

USCITA: il personale operante all'interno così come quello impegnato in tenda raggiunge gli spogliatoi attraverso l'ascensore definito e segnalato (ASCENSORE NON COVID-19).

Area di degenza COVID-19

Sono attualmente disponibili n. 69 posti letto per pazienti affetti da COVID-19 così ripartiti: 35 Palazzina malattie infettive (malattie infettive, pneumologia), 20 Plesso DEA (geriatria COVID-19), 14 S.O. Santa Barbara di Rogliano (medicina generale).

S.O. Annunziata: malattie infettive, pneumologia

I reparti di malattie infettive e pneumologia sono dotati di complessivi 35 posti letto di cui 18 al primo piano (pneumologia) e 17 al secondo piano (malattie infettive).

Al primo piano sono presenti 9 stanze doppie con isolamento per coorte di cui 5 a pressione negativa.

Al secondo piano sono presenti 5 stanze singole a pressione negativa e 6 stanze doppie con isolamento per coorte.

Sono definite aree dello sporco e del pulito: un'area back office con stanze riservate al personale e a deposito. È prevista la ripartizione dell'orario di servizio degli operatori sanitari nelle diverse aree (infettiva e back office) al fine di contenere il disagio lavorativo. Le comunicazioni in merito a prescrizioni farmacologiche avvengono mediante tablet tra area infettiva e area back office. La vestizione degli operatori sanitari con idonei DPI avviene all'inizio del reparto; la svestizione alla fine. L'ingresso delle vivande per i pazienti, così come quello di farmaci, biancheria e dispositivi, avviene attraverso percorsi verticali rappresentati da ascensori di varia capienza e segnalati come "ASCENSORE APPROVVIGIONAMENTO PULITO"; i rifiuti prodotti all'interno del reparto (inclusi i DPI utilizzati dal personale) sono smaltiti negli appositi contenitori con doppio sacco in plastica e sigillati, in quanto sono da considerarsi tutti rifiuti pericolosi a rischio infettivo. I rifiuti prodotti e sigillati sono stoccati nei locali definiti e segnalati ubicati in prossimità delle uscite dei piani e da qui allontanati dal reparto con percorso verticale dedicato allo sporco. La biancheria sporca viene allontanata in sacchi rossi sigillati seguendo il medesimo percorso verticale. Tale ascensore viene denominato e segnalato come "ASCENSORE RIFIUTI SPECIALI".

Percorso del paziente COVID-19

Il paziente COVID-19 giunge alla Palazzina "Malattie Infettive" con ambulanza dedicata. L'ingresso nello stabile avviene dal cancello secondario dedicato; il paziente barellato e accompagnato, raggiunge i piani con montalettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETTIGHE COVID-19"; il medesimo impianto viene adoperato anche per il trasferimento del paziente in altre aree di assistenza e di diagnosi (Terapia Intensiva, altre aree di degenza COVID-19, TAC GE, Broncoscopia) secondo percorsi specifici.

a) Palazzina Malattie Infettive ⇒ Terapia Intensiva - il paziente viene trasportato con ambulanza dedicata fino alla camera calda del PS. Si adopera il "MONTALETTIGHE COVID-19".

b) Palazzina Malattie Infettive ⇒ Geriatria COVID-19 - il paziente viene trasportato con ambulanza dedicata fino alla camera calda del PS; Si adopera il "MONTALETTIGHE COVID-19".

c) Palazzina Malattie Infettive ⇒ Medicina Generale S. Barbara - il trasporto viene eseguito con ambulanza dedicata. Il paziente accede nell'ospedale S. Barbara seguendo il percorso specifico che prevede l'accesso dal piano seminterrato retrostante il corpo dell'edificio e raggiunge il reparto con monta-lettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETIGHE COVID-19".

d) Palazzina Malattie Infettive ⇒ TAC GE - il paziente viene trasportato con ambulanza dedicata attraverso percorso esterno.

e) Palazzina Malattie Infettive ⇒ Broncologia - raro. Il locale utilizzato per la diagnostica sarà sottoposto a pronta sanificazione.

Percorso operatori sanitari

INGRESSO: il personale sanitario e tecnico-sanitario ospedaliero accede alla Palazzina malattie infettive attraverso il cancello principale e procede alla vestizione della normale divisa di lavoro; i piani di degenza sono raggiunti con ascensore dedicato (fruibile solo con utilizzo di chiavi in possesso di tutto il personale) dal piano terra (area ambulatori malattie infettive).

USCITA: si segue il percorso inverso.

S.O. Annunziata: geriatria COVID-19

Allestito in urgenza, il reparto è ubicato al V Livello del Plesso DEA ex chirurgia toracica e urologia.

È dotato di 20 posti letto disponibili allocati in 10 stanze da due posti con servizi dedicati. Sono stati definiti i percorsi dello sporco e del pulito, individuata un'area back office, razionalizzati gli spazi dedicati a stanze del personale e a deposito. Le due aree sono divise da una porta con area filtro. È prevista la ripartizione dell'orario di servizio degli operatori sanitari nelle diverse aree (non infettiva ed infettiva) al fine di contenere il disagio lavorativo. Le comunicazioni in merito a prescrizioni farmacologiche e a esami diagnostici avvengono mediante PC tra area infettiva e area non infettiva o con messaggi esibiti a vista attraverso la vetrata presente nella parete della medicheria area infetta e della porta di separazione tra le aree. La vestizione degli operatori sanitari con idonei DPI avviene all'inizio del reparto; la svestizione alla fine. L'ingresso delle vivande per i pazienti, così come quello di farmaci, biancheria e dispositivi, avviene attraverso l'ingresso dell'area non infettiva (zona pulito) attraverso il percorso verticale rappresentato dall'ascensore

n. 4 definito e segnalato come "ASCENSORE APPROVVIGIONAMENTO PULITO" il cui utilizzo è fruibile anche dagli altri reparti del Plesso DEA; i rifiuti prodotti all'interno del reparto (inclusi i DPI utilizzati dal personale) sono smaltiti negli appositi contenitori con doppio sacco in plastica e sigillati, in quanto sono da considerarsi tutti rifiuti pericolosi a rischio infettivo. I rifiuti prodotti e sigillati sono stoccati nel locale definito e segnalato che è ubicato nel pianerottolo del vano scala lato ovest e da qui allontanati dal reparto con percorso verticale dedicato allo sporco (ascensore n. 5). La biancheria sporca viene allontanata in sacchi rossi sigillati seguendo il medesimo percorso verticale (ascensore n. 5). Tale ascensore viene denominato e segnalato come "ASCENSORE RIFIUTI SPECIALI".

Percorso del paziente

Il paziente COVID-19 accede al piano del reparto tramite monta-lettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETIGHE COVID-19"; il medesimo impianto viene adoperato anche per il trasferimento del paziente in altre aree di assistenza e di diagnosi (terapia intensiva, altre aree di degenza COVID-19, TAC GE, broncoscopia) secondo percorsi specifici.

a) Geriatria COVID-19 ⇒ Terapia Intensiva - si adopera il "MONTALETIGHE COVID-19".

b) Geriatria COVID-19 ⇒ altre Degenze COVID-19 - il paziente COVID-19 è trasportato con ambulanza dedicata a partenza dalla camera calda del PS.

c) Geriatria COVID-19 ⇒ TAC GE - il paziente COVID-19 è trasportato con ambulanza dedicata a partenza dalla camera calda del PS.

d) Geriatria COVID-19 ⇒ Broncologia - raro. Il locale utilizzato per la diagnostica sarà sottoposto a pronta sanificazione.

Percorso operatori sanitari

INGRESSO: il personale sanitario e tecnico-sanitario accede al piano attraverso l'ascensore n. 3 (ASCENSORE NON COVID-19) oppure dalle scale lato nord, più contigue all'ingresso area non infettiva (ex chirurgia toracica) da cui accede al reparto. Il personale, in divisa di lavoro, provvede alla vestizione con i DPI previsti dall'attività di assistenza a paziente COVID-19.

USCITA: l'uscita dal reparto è rappresentata dalla porta ex urologia; la svestizione dei DPI utilizzati nel turno di lavoro avviene nel locale

dedicato e segnalato; i DPI sono smaltiti negli appositi contenitori con doppio sacco in plastica e sigillati. Gli spogliatoi centralizzati sono raggiunti l'ascensore n. 3 (ASCENSORE NON COVID-19) o con le scale lato sud, contigue alla porta di uscita (ex urologia).

S.O. Santa Barbara: medicina generale COVID-19

Il reparto è ubicato al IV Livello (ultimo piano) dello S.O. S. Barbara.

È dotato di 14 posti letto disponibili allocati in 7 stanze da due posti con servizi dedicati. Sono state definite aree non infettive e aree infettive: nell'area non infettiva (pulita) è stata individuata un'area back office, con locali dedicati alla vestizione degli operatori sanitari con idonei DPI, stanze del personale e deposito materiali. È prevista la ripartizione dell'orario di servizio degli operatori sanitari nelle diverse aree (non infettiva ed infettiva) al fine di contenere il disagio lavorativo. Le comunicazioni in merito a prescrizioni farmacologiche ed esami diagnostici avvengono mediante PC. L'ingresso delle vivande per i pazienti, così come quello di farmaci, biancheria e dispositivi, avviene attraverso l'ingresso dell'area non infettiva (zona pulito) attraverso il percorso verticale rappresentato dall'ascensore definito e segnalato come "ASCENSORE APPROVVIGIONAMENTO PULITO". I rifiuti prodotti all'interno del reparto (inclusi i DPI utilizzati dal personale) sono smaltiti negli appositi contenitori con doppio sacco in plastica e sigillati, in quanto sono da considerarsi tutti rifiuti pericolosi a rischio infettivo. I rifiuti prodotti e sigillati sono stoccati in locale definito e segnalato e da qui allontanati dal reparto con percorso verticale dedicato allo sporco. La biancheria sporca viene allontanata in sacchi rossi sigillati seguendo il medesimo percorso verticale fino al piano seminterrato e stoccato temporaneamente in idoneo locale. Tale ascensore viene denominato e segnalato come "ASCENSORE RIFIUTI SPECIALI".

Percorso del paziente COVID-19

L'accesso del paziente COVID-19 con ambulanza dedicata avviene dall'ingresso riservato al piano seminterrato retrostante il corpo dell'edificio; il paziente raggiunge il reparto con montallettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETTIGHE COVID-19".

Percorso operatori sanitari

INGRESSO: il personale sanitario e tecnico-sanitario accede al corpo dell'edificio attraverso il consueto ingresso e raggiunge il piano attraverso le scale.

USCITA: come sopra, secondo percorso inverso.

Unità di terapia intensiva

Il reparto è ubicato al III Livello del Plesso DEA.

È dotato di 19 posti letto disponibili e dedicati a pazienti COVID-19; sono attivabili ulteriori 9 posti letto di terapia intensiva all'interno dell'UTIC, e 3 posti letto in neurochirurgia.

Sono definiti i percorsi dello sporco e del pulito, è individuata un'area back office, razionalizzati gli spazi dedicati a stanze del personale e a deposito. È prevista la ripartizione dell'orario di servizio degli operatori sanitari nelle diverse aree (non infettiva ed infettiva) al fine di contenere il disagio lavorativo. L'U.O. di terapia intensiva è adeguata alle necessità tecnologiche per la gestione clinica e strumentale del singolo posto letto. La vestizione degli operatori sanitari con idonei DPI avviene all'inizio del reparto in zona filtro dedicata; la svestizione alla fine. L'ingresso di farmaci, biancheria e dispositivi, avviene attraverso ingresso differenziato dall'ingresso principale; i rifiuti prodotti all'interno del reparto (inclusi i DPI utilizzati dal personale) sono smaltiti negli appositi contenitori con doppio sacco in plastica e sigillati, in quanto sono da considerarsi tutti rifiuti pericolosi a rischio infettivo. I rifiuti prodotti e sigillati sono stoccati nel locale definito e segnalato che è ubicato in zona filtro dedicata e da qui allontanati dal reparto. La biancheria sporca viene allontanata in sacchi rossi sigillati seguendo il medesimo percorso.

L'accesso o l'uscita del paziente critico a e dal reparto di terapia intensiva avviene mediante monta-lettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETTIGHE COVID-19".

Percorso del paziente COVID-19

a) Terapia Intensiva ⇒ Geriatria COVID-19 - il paziente raggiunge il reparto con monta-lettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETTIGHE COVID-19".

b) Terapia Intensiva ⇒ TAC GE - il paziente raggiunge il livello IV DEA con monta-lettighe dedicato e segnalato con cartellonistica "MONTALETTIGHE COVID-19" ed è accompagnato

fino alla camera calda, luogo d'attesa dell'ambulanza; con percorso esterno è trasportato in ambulanza al servizio TC dedicato.

Percorso operatori sanitari

INGRESSO: il personale sanitario e tecnico-sanitario accede nell'unità di terapia intensiva secondo le modalità prescritte e dai percorsi già stabiliti per la tipologia di assistenza.

USCITA: secondo percorsi stabiliti.

Altre aree di degenza

Qualora il sospetto d'infezione da SARS-CoV-2 insorgesse in paziente già ricoverato per altre diverse patologie negli Stabilimenti Ospedalieri dell'AO CS, si procederà da subito ad isolamento in stanza a letto singolo con contestuale e tempestiva richiesta di consulenza infettivologica al letto del paziente le misure igieniche di pulizia e sanificazione.

Dimissione del paziente guarito

Con il Dipartimento di Prevenzione della ASP di Cosenza è stata definita procedura specifica per la dimissione dei pazienti ricoverati COVID-19, una volta clinicamente guariti, o guariti.

Decesso: ulteriori adempimenti

Oltre agli adempimenti medico-legali (declinati nel punto successivo) ed amministrativi, coerentemente alle indicazioni emanate dal Ministero della Salute in data 25 febbraio 2020 protocollo 0005889 e ribadite dalla circolare del Ministero della Salute protocollo 0007922 del 9 marzo 2020, la certificazione di decesso a causa di COVID-19 dovrà essere accompagnata da parere all'Istituto Superiore di Sanità. A tale scopo le cartelle cliniche dei pazienti deceduti, positivi COVID-19 e le schede di morte ISTAT recanti le cause di decesso dovranno essere inviate all'Istituto Superiore di Sanità attraverso il sito sorveglianza COVID-19 dell'ISS (<http://covid-19.iss.it>).

Adempimenti di polizia mortuaria

In caso di decesso del paziente positivo SARS-CoV-2, la salma deve essere trattata alla

stregua dei "casi di morti per malattia diffusa" ai sensi del DPR n. 285 del 10 settembre 1990 e ai sensi del DGPRES n. 11285 del 1° aprile 2020. In particolare:

- sulla salma dovrà essere effettuato un elettro-tanatogramma della durata di 20 minuti continuativi per l'accertamento di morte;
- non deve essere rimosso nessun *device* presente al momento del decesso (catetere vescicale, CVC, accesso venoso periferico);
- nel caso in cui il paziente sia intubato il tubo deve essere clampato e non si dovrà oltremodo procedere, per nessun motivo, ad estubazione;
- la salma deve essere avvolta nelle lenzuola del letto al momento del decesso e chiusa nell'apposito sacco impermeabile attualmente disponibile in terapia intensiva ed in obitorio;
- la salma, all'interno del sacco, verrà trasportata in obitorio, con l'ausilio della barella, dopo aver coperto il sacco con un lenzuolo;
- giunta in obitorio la salma va posta in sala autoptica, sul tavolo settorio o sulla barella in dotazione;
- in nessun caso si potrà procedere alla vestizione della salma che dovrà restare con indosso gli indumenti al momento del decesso e rimanere nel sacco né alla tanato-cosmesi;
- la bara, dopo aver accolto il sacco contenente la salma, dovrà essere chiusa;
- evitare assembramenti al momento del commiato in obitorio.

In caso di richiesta di esame autoptico, la salma sarà inviata presso sala autoptica BLS3, di cui AO Cosenza non dispone.

Considerazioni finali (a cura di Isabella Mastrobuono, Commissario Straordinario A.O. di Cosenza)

Il Dottor Lucio Marrocco è stato un esempio straordinario di dedizione al lavoro. In un momento difficile per la comunità cosentina è riuscito a coinvolgere i suoi collaboratori e tutti coloro che si sono impegnati nella dura battaglia contro la pandemia. Ha proposto e realizzato sul campo procedure, percorsi assistenziali ed ha contribuito in modo essenziale al contenimento delle infezioni.

A lui è dedicato questo articolo.

Dal superamento di significative criticità pregresse all'avvio dell'innovazione organizzativa nella Azienda Sanitaria di Matera: il ruolo cruciale del management aziendale nella gestione delle relazioni sindacali

JOSEPH POLIMENI

Direttore Generale Azienda Sanitaria Locale Friuli Occidentale (ASFO), già Direttore Generale ASL Matera (ASM)

RAFFAELE GIORDANO

Direttore Amministrativo AOR S. Carlo, già Direttore Amministrativo ASL Matera (ASM)

FEDERICO SPANDONARO

Professore aggregato presso l'Università degli Studi di Tor Vergata, Roma

GABRIELE PALOZZI

Research Fellow presso il Dipartimento di Management e Diritto, Università degli Studi di Tor Vergata, Roma

Riassunto: Inquadrato nell'ambito teorico del Management Strategico e della Public Service Motivation, il lavoro intende evidenziare come l'accordo con le organizzazioni sindacali per la risoluzione della "vertenza fasce 2010-2016" nell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM) abbia contribuito a sbloccare la paralisi dei processi produttivi, gestionali e d'innovazione organizzativa della ASM.

Abstract: Based on the theoretical background of Strategic Management and Public Service Motivation, the work highlights how the agreement concerning the 2010-2016 "dispute on roles" in the Matera Health Authority (ASM) contributed to unjamming the paralysis of ASM management, operational and organizational innovation processes.

Tag: Strategic Management, Public Service Motivation, Performance in PA, Public Servant Wages, Trade Union Dispute, Collective bargaining

Introduzione

Ogni organizzazione produttiva ha come fine quello di sopravvivere, prosperare e fare un buon lavoro in risposta alle sfide del presente. La proposta aziendale a queste sfide è il cambiamento ed il riallineamento a nuovi obiettivi, attraverso nuove strategie (Bryson, 2011).

Le pubbliche amministrazioni esistono nella misura in cui sono in grado di provvedere all'erogazione di servizi reali (Bryson, 2011); la loro sopravvivenza, quindi, è subordinata alla capacità di continuare ad operare anche quando cambiano le condizioni e le necessità dell'ambiente circostante (Pinsonneault, Kraemer, 2002; Holzer et al., 2003).

L'assetto strategico (e di conseguenza quello operativo), di una organizzazione sanitaria non possono prescindere dal corretto coinvolgimento di tutti gli stakeholder aziendali, ed in particolare dei dipendenti. Jensen et al. (2019), in merito, sottolineano come la mancanza di congruenza di intenti tra lavoratore e pubblica amministrazione mette a rischio il funzionamento dei servizi ed il buon esito degli stessi. Affinché ciò non avvenga, l'autore auspica che il management riesca ad allineare i valori e le percezioni dello staff con gli indirizzi strategici dell'organizzazione (Rainey, 2014; Behn, 1995).

La mancanza, dunque, di un allineamento dei "valori aziendali" con il proprio staff, mette seriamente a rischio la motivazione (*Public Service Motivation* - PSM) alla "funzione pubblica" svolta dagli operatori sanitari (Ritz et al., 2020) con forti ripercussioni sia in termini di risultati aziendali sia, soprattutto, in termini di risultati clinici sui pazienti/*outcomes* (Bouckaert, Halligan, 2008).

Il coinvolgimento degli *stakeholders* comporta la costruzione di relazioni sociali (non solo contrattuali), spingendo verso un management più umanistico (Melè, 2012), che «*non considera solo l'individuo, ma mira a costruire comunità perché considera l'impresa come una comunità di persone*» (Schlag, Melè, 2020); persone che, sempre secondo Melè (2009) hanno un *valore intrinseco* all'interno dell'organizzazione. Tale collegamento tra persone, azienda e comunità, peraltro, è da sempre richiamato dagli economisti di azienda italiani ed internazionali (Amaduzzi, 1978; Bertini, 2014; Cassandro, 1969; Coda, 2012; Masini, 1970; Onida, 1971; Weber, 1980).

Riferendoci, quindi, alla necessità di considerare l'elemento "persona" all'interno di una organizzazione sanitaria (più specificatamente: pazienti e staff), i manager pubblici devono essere in grado di realizzare una pianificazione strategica ed un sistema di budget maggiormente orientati ad un approccio multidisciplinare ai fine di combattere gli impatti negativi degli attuali sistemi di finanziamento della sanità, disincentivanti rispetto ad una gestione olistica ed omnicomprensiva del paziente (Marsilio et al., 2017).

Ciò chiaramente richiede risorse economiche e persone all'interno dell'organizzazione (Paneforte, 1999); Mintzberg sostiene che «*Ogni fallimento nell'implementazione di una strategia, per definizione, è sempre un fallimento nella formulazione (strategica) iniziale*» (1994, p. 25); come vedremo

nelle pagine seguenti, la problematica della "vertenza fasce" per la Azienda Sanitaria di Matera (ASM) ha rappresentato un elemento bloccante, uno snodo cruciale e un banco di prova per l'intera catena manageriale aziendale: dalla direzione strategica, coinvolta in esigenze di ammodernamento dei servizi (Osborne, Brown, 2011); alla direzione amministrativa, alle prese con problematiche relative alla formulazione del budget in assenza di un quadro chiaro sul sistema premiante (Xie et al., 2020); alla direzione sanitaria, che ha dovuto calmierare le pretese dello staff clinico e delle organizzazioni sindacali al fine del mantenimento di un adeguato livello di prestazioni sanitarie (Jenson et al., 2019).

Uno studio quantitativo di Chmielewska et al. (2020), dimostra che la qualità della funzione di leadership nelle aziende sanitarie, a partire proprio dalle sfere apicali del management, ha la maggiore inferenza sulla qualità della performance dall'organizzazione (Hogan et al, 1990; Parker et al., 1999; West, 2001).

Parimenti, con l'intento di analizzare l'impatto socio economico di un complesso intervento direzionale come quello trattato, il presente lavoro intende delineare criticamente il percorso strategico-amministrativo che ha portato ad una complessa definizione contrattualizzata della "vertenza fasce 2010-2016" nell'Azienda Sanitaria di Matera, evidenziando l'impatto ottenuto sullo sblocco della paralisi dei processi di gestione e dell'innovazione organizzativa della stessa azienda sanitaria ed in particolare sui risultati ottenuti dopo la risoluzione della vertenza.

Come vedremo, gli interventi di direzione strategica, non portano mai soltanto ad un impatto sulla attività "produttiva" dell'organizzazione sanitaria; ma al contrario, come sottolineato anche Hao et al. (2016), coinvolgono sempre anche la sfera degli *outcomes* e della soddisfazione dei pazienti. Un intervento teso alla risoluzione di un esteso e complesso conflitto sindacale con i lavoratori, dunque, diventa leva imprescindibile nella qualità di erogazione dei servizi, incrementandone soddisfazione e fiducia dei pazienti, limitandone la mobilità.

Ricostruendo con esattezza il quadro della situazione *de facto*; la Direzione Strategica dell'ASM insediatasi all'inizio del 2019 ha trovato un'Azienda che presentava sia l'esigenza di impostazione di un radicale disegno di modernizzazione (Bryson, 2011), sia la necessità pressante di

trattazione di numerose criticità pregresse ad elevato impatto sul clima organizzativo e sulla gestione delle risorse umane (Daly, 2015).

In particolare, è stata rinvenuta la compresenza di due fronti di elevata rilevanza strategica:

- la necessità di impostazione di un progetto di modernizzazione e sviluppo dell'Azienda;
- la riconduzione nell'alveo della legittimità di numerosi procedimenti con risposte operative a problematiche e criticità pregresse e complesse, talora presenti da lungo tempo.

In merito, Holcomb e Smith (2020), hanno sottolineato come una adeguata pianificazione strategica sia fondamentale soprattutto in momenti di profonda crisi sanitaria (come quello che siamo vivendo a causa del COVID-19). In particolare, la possibilità di pianificare l'intervento sanitario, e le spese ad esso corrispondenti, è particolarmente rilevante proprio in periodi di crisi, quando si incrementano le difficoltà al finanziamento della gestione corrente mediante politiche di indebitamento (Bannow, 2020).

L'impostazione strategica data fin dall'inizio dalla Direzione è stata mirata a coniugare il rispetto della sostenibilità economica con il miglioramento dei livelli quali-quantitativi assistenziali, in accordo con il Piano Esiti (AGENAS, 2018) e le esigenze sulla rendicontazione della performance (D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150); in particolare:

- contenimento dei tempi d'attesa,
- contrasto della mobilità passiva extra-regionale,
- miglioramento dei setting assistenziali.

Già nel corso dei primi incontri tenutisi tra la Direzione, i Dipartimenti aziendali e le Organizzazioni Sindacali del Comparto e delle Dirigenze è emersa con forza l'esigenza di intervenire sugli assetti e sugli strumenti organizzativi e gestionali per innescare miglioramenti quali-quantitativi indifferibili nella erogazione delle prestazioni sanitarie, nella performance complessiva, nei modelli dei servizi, nella diffusione dell'innovazione metodologica e tecnologica, nell'integrazione multi-professionale ed inter-disciplinare (Marsilio et al., 2017) in linea con le numerose e positive esperienze già presenti in alcune regioni italiane. Assieme ai suddetti punti è emersa la necessità ed indifferibilità di attualizzare la situazione dei fabbisogni di personale non più allineati ai nuovi fabbisogni aziendali ormai da alcuni anni.

A livello strategico, infatti, il coinvolgimento degli stakeholders interni, mediante relazioni di lavoro più stabili e potenziali condizioni di lavoro migliorative (Zhang et al., 2011; West et al., 2015) è uno dei fattori che maggiormente influenza i risultati delle organizzazioni sanitarie (Pourmohammadi et al., 2020).

In questo contesto, la Direzione Aziendale si è trovata a risolvere le criticità conseguenti ad una ispezione del giugno 2018 da parte del MEF-RGS che aveva messo in evidenza un irregolare trasferimento permanente di risorse, nell'ambito dell'Area del Comparto, dal Fondo contrattuale della "Produttività" al Fondo "Fasce" negli anni 2010 e 2016 rispetto a quanto prevedeva il CCNL Sanità allora vigente e alle indicazioni fornite nel tempo dall' *L'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni* (ARAN). In tal modo, in Azienda, oltre alla presenza stessa di una grave irregolarità amministrativa, si era perseguito nel corso di quasi un decennio un sostanziale approccio non del tutto meritocratico nella gestione del personale del comparto, in quanto si andava premiando più la "posizione" dei singoli lavoratori rispetto, invece, ad una significativa incentivazione degli stessi finalizzata a remunerare il raggiungimento di obiettivi gestionali nell'ottica di un reale incremento di efficienza ed efficacia nelle prestazioni erogate. Inoltre, il cronico depauperamento del fondo finalizzato alla remunerazione dei risultati toglieva di fatto al top management dell'Azienda una importantissima leva da utilizzare nel sistema premiante a valle della valutazione organizzativa ed individuale delle strutture organizzative e degli operatori.

Secondo Stefurak et al. (2020), in merito, esiste un forte legame tra la motivazione e la performance lavorativa nelle attività cliniche d'emergenza. Se la direzione aziendale incrementa la motivazione attraverso la leva della premialità, i risultati ottenuti dall'organizzazione sono prospetticamente migliori in termini di *outcomes*.

Benefit aziendali e bonus salariali sono leve fondamentali per la gestione delle risorse umane; hanno infatti implicazioni dirette ed indirette sulla sfera lavorativa (Bowman, 2010). Secondo Daly (2015), il management deve comprendere che senza un adeguato ricorso a questi meccanismi premianti, prospetticamente, l'organizzazione sanitaria soffrirà di una riduzione

del *know-how* del proprio personale; ciò è dovuto principalmente a: i) una crescente carenza di nuovi candidati con elevata esperienza/competenza; ii) una diminuzione della propensione all'aggiornamento professionale del personale in carica.

A titolo di esempio, da uno studio di Merritt (2019) risulta che i lavoratori part time sono meno motivati; al contrario i lavoratori più coinvolti all'interno dell'organizzazione sono maggiormente motivati a lavorare e ottengono risultati migliori.

Di fatto, gli esiti dell'ispezione del MEF-RGS del giugno 2018 notificata a dicembre 2018, avevano fatto piombare l'Azienda in una sorta di "paralisi" operativa e di prospettiva con importanti ricadute per le molte azioni gestionali che andavano comunque implementate:

1) effettiva difficoltà ad attuare un valido ciclo di programmazione e controllo di gestione senza una chiarezza definitiva sulla consistenza dei fondi contrattuali (Xie et al., 2020);

2) problematicità nel gestire le progressioni di carriera e l'individuazione degli incarichi di funzione previsti dal nuovo contratto del comparto in sostituzione delle precedenti posizioni organizzative e coordinamenti con disallineamento tra organizzazione reale e ruoli direzionali di governance (Austen, Frackiewicz-Wronka, 2018);

3) stallo nelle relazioni sindacali che non producevano risultati effettivi nel confronto tra le parti e quindi non permettevano la definizione di regolamenti operativi utili per il miglioramento degli assetti e dei processi gestionali aziendali (Austen, Frackiewicz-Wronka, 2018; Jenson et al., 2019).

2. Il contesto di riferimento e la contestazione da parte del MEF-RGS

2.1. L'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) e la sua evoluzione organizzativa

Occorre sintetizzare gli aspetti ordinamentali e organizzativi fondamentali dell'Azienda per poter connotare il quadro delle condizioni di complessità e delle implicazioni di impatto che le azioni di risoluzione delle criticità presenti.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) è un'Azienda territoriale che opera su un territorio coincidente con la provincia di Matera, il

quale conta una popolazione complessiva al 1° gennaio 2018 di 198.867 abitanti distribuiti in 31 comuni. Il personale dipendente dell'ASM ad inizi 2019 ammontava complessivamente a 2.134 operatori, di cui 1.543 appartenenti al ruolo sanitario, 385 al ruolo tecnico, 199 al ruolo amministrativo e 7 al ruolo professionale. Nel corso del 2019 sino a fine novembre ci sono state circa 180 cessazioni (buona parte per cd "quota 100") e circa 70 ingressi per turn-over di solo personale sanitario, con saldo negativo di 114 unità (ben il 5,3%).

Ai sensi dell'art. 2, comma 1-b) della L.R. n. 2/2017 (riordino del SSR di Basilicata) a partire dal 1° gennaio 2017, l'assistenza ospedaliera per acuti dell'ASM è erogata da un unico ospedale per acuti dotato di 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata:

- Presidio Ospedaliero di Matera: Ospedale sede di DEA di I livello, dotato di 354 posti letto (302 ordinari e 52 DH/DS);

- Presidio Ospedaliero di Policoro: Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (PSA), dotato di 108 posti letto (92 ordinari e 16 DH/DS).

L'assistenza ospedaliera distrettuale è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:

- Ospedale di Stigliano: deputato alla Lungodegenza e sede di Hospice, dotato rispettivamente di 24 posti letto di lungodegenza e 8 posti letto di Hospice;

- Ospedale di Tricarico: deputato sia alla lungodegenza, gestita in forma diretta con 30 posti letto di Lungodegenza medica e 5 posti letto di Stato Vegetativo, che alla riabilitazione gestita attraverso la sperimentazione gestionale pubblico - privato con la Fondazione Don Gnocchi, per un totale di 48 posti letto di degenza intensiva di riabilitazione e 16 posti letto di lungodegenza riabilitativa;

- Ospedale di Tinchì con vocazione alle attività di riabilitazione e poliambulatorio multispecialistico, presso cui è stato recentemente realizzato, mediante progetto di finanza, l'ammodernamento del sistema della Dialisi, con la partnership di soggetti privati.

L'assistenza territoriale dell'Azienda, ai sensi dell'art. 34 della L.R. 30 aprile 2014, n. 7, nelle more della ridefinizione della governance del territorio Regionale della Basilicata, si articola in 3 Distretti della Salute (Comune di Matera, Bradanica-Medio Basento, Metapontino-Collina Materana).

L'assistenza territoriale, nelle varie branche di attività in cui essa si articola, è erogata sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate. Nello specifico con riferimento alle strutture a gestione diretta si riporta il numero di strutture erogatrici per singola branca di attività assistenziale:

- n. 5 poliambulatori specialistici all'interno dei 5 plessi ospedalieri aziendali che erogano attività clinica, diagnostica strumentale e per immagini ed attività di laboratorio;
- n. 21 sedi distrettuali comunali che erogano attività specialistiche ambulatoriali;
- n. 2 CSM che erogano attività di assistenza ai disabili psichici;
- n. 2 SERT che erogano attività di assistenza ai tossicodipendenti;
- n. 2 centri diurni, 1 a Matera e 1 a Policoro che erogano attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici;
- n. 1 consultorio con 7 sedi territoriali che erogano attività di consultorio familiare all'interno delle sedi distrettuali;

- n. 1 hospice che eroga assistenza ai malati terminali, situato nell'Ospedale di Stigliano.

Relativamente alla medicina generale, nell'Azienda operano mediante 175 medici di medicina generale e 23 pediatri di libera scelta. Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale con 124 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda. Sul territorio aziendale, inoltre, sono dislocate in punti geografici strategici, 14 postazioni di 118, con medici dedicati all'Emergenza Territoriale, la cui gestione è passata in capo all'ASP a far data dal 1° gennaio 2017, ai sensi della L.R. n. 2/2017. Nel territorio dell'ASM operano n. 60 farmacie convenzionate aperte al pubblico.

Le attività di Prevenzione dell'ASM, sono erogate attraverso le articolazioni operative del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale in conformità alla normativa dettata con la L.R. 3/1999 che ne definisce funzioni, compiti ed obiettivi. Il quadro sinottico è illustrato nella figura seguente.

Fig. 1 - I Presidi Sanitari dell'ASM (Fonte: elaborazione propria)



2.2. L'ispezione MEF-RGS del giugno 2018

Nel mese di giugno 2018 l'ASM è stata interessata da un'ispezione del MEF Ragioneria Generale dello Stato SIFiP, la cui relazione finale è stata notificata all'Azienda con nota prot. n. 250160 del 30 novembre 2018.

Tale relazione finale evidenziava, tra l'altro, un «Irregolare trasferimento permanente di risorse dal Fondo “produttività” al Fondo “fasce” del personale dell'Area del comparto relativamente agli anni 2010 e 2016» rispetto al CCNL Sanità per tempo vigente.

Il rilievo degli ispettori MEF-RGS ha riguardato le decisioni della contrattazione decentrata che nel 2010 (delibera n. 1096/2010) e nel 2016 (delibera n. 531/2016) hanno disposto il trasferimento da Fondo “produttività” al Fondo “fasce” (PEO, *Progressioni Economiche Orizzontali*), rispettivamente, di € 634.000,00 nel primo caso e € 200.000,00 nel secondo. Il rilievo in sintesi riguarda una irregolarità che comporta la nullità *ope legis* di clausole contrattuali (art. 40, D.Lgs. n. 165/2001 smi).

2.2.1. Le misure consequenziali all'ispezione

Per la doverosa trattazione del rilievo degli ispettori MEF-RGS, che riguarda una irregolarità che comporta la nullità *ope legis* di clausole contrattuali (art. 40, D.Lgs. n. 165/2001 smi), l'Azienda ha adottato un'articolata serie di atti relativi alla sospensione dell'erogazione delle fasce e all'avvio di una interlocuzione multilaterale con Organizzazioni Sindacali, Regione Basilicata, Prefettura di Matera e RGS-MEF per l'individuazione di un percorso amministrativo per la definizione degli effetti dell'irregolare trasferimento rilevato e la composizione della vertenza sindacale che inevitabilmente ne è scaturita (deliberazioni DG: n. 77 del 12 febbraio 2019, n. 89 del 15 febbraio 2019, n. 229 del 13 marzo 2019, n. 252 del 20 marzo 2019, n. 438 del 15 maggio 2019, n. 616 del 27 giugno 2019).

2.3. Le criticità sulla gestione aziendale degli esiti dell'ispezione

Considerate le suddette condizioni e le implicazioni di legge, l'Azienda ha dovuto prendere atto della nullità della clausola del trasferimento per la parte eccedente il limite previsto dal CCNL e di conseguenza ha dovuto sospendere l'erogazione degli emolumenti nelle more dell'individuazione dell'idonea modalità di recupero degli importi.

Ciò ha comportato un fortissimo aggravamento del clima aziendale, ancora molto scosso da vicende giudiziarie che avevano interessato il precedente management aziendale in carica nel luglio 2018, a causa della riduzione immediata degli emolumenti per oltre 1.000 dipendenti e dei timori in prospettiva del recupero individuale di somme ingenti oltre che di un arretramento di carriera. Inoltre, ciò ha immediatamente minato il sistema premiante coerente con gli esiti di raggiungimento dei risultati, disincentivando altresì lo staff clinico ed amministrativo al corretto svolgimento delle proprie mansioni con ripercussioni sia a livello di riduzione dell'efficienza operativa che dell'efficacia clinica.

Sono subito scattate rimostranze da parte delle sigle sindacali, che avevano richiesto il mantenimento degli effetti economici nelle more della individuazione di possibili rimedi. Le rimostranze di alcune sigle sono arrivate al punto di organizzare manifestazioni pubbliche e raccolte di firme per la rimozione della Direzione Strategica. In merito la Direzione ha fermamente chiarito che l'Amministrazione è tenuta al rispetto della legge e degli atti regionali e che la vertenza “Progressioni Orizzontali 2010 e 2016” deriva dagli esiti di un'ispezione di un'autorità dello Stato la quale ha rilevato trasferimenti di fondi irregolari e quindi nulli *ope legis*, e che tanto è stato ribadito dall'ARAN ed è stato doverosamente portato a conoscenza della Corte dei Conti.

È di tutta evidenza che la sospensione di emolumenti che ha riguardato circa 1.000 dipendenti ed il rischio di dover recuperare importi percepiti a partire dal 2010 ha comportato un brusco rallentamento non solo nell'avanzamento delle relazioni sindacali ma un inasprimento complessivo del clima aziendale e della gestione delle risorse umane, con evidenti peggioramenti per la performance dell'organizzazione.

In altri termini, la presenza di una complessa “vertenza fasce 2010-2016”, con il relativo blocco immediato di livelli salariali e la prospettiva di gravosi recuperi a carico dei dipendenti, aveva portato ad una grave e diffusa riduzione della motivazione del personale e conseguentemente avrebbe indotto una significativa riduzione dei risultati operativi (sia quantitativi che qualitativi) relativi alla performance della ASM (Jensen et al., 2020).

2.3.1 Le necessità strategiche conseguenti all'ispezione

A seguito dell'ispezione MEF di cui si tratta, l'Azienda ha dovuto programmare una nuova agenda delle priorità rispetto alle questioni rimaste in sospeso e che necessitavano, comunque, di una risposta. Di seguito elenchiamo quelle principali, in accordo con i punti 4A e 4B del "Ciclo di Cambiamento Strategico" (Bryson, 2011, p. 33):

- la definizione dei possibili rimedi alla carenza di personale all'interno delle strutture aziendali, conseguente al blocco del turn over subito negli ultimi anni in applicazione della normativa vigente, percorso che ha visto già consumare le tappe importanti della ricognizione delle risorse umane (deliberazioni DG: n. 439-440 del 15 maggio 2019) e della predisposizione del piano dei fabbisogni del personale 2019-2021;

- la ridefinizione degli assetti funzionali delle attività tecnico-amministrative (Osborne, 2006) al fine di conferire maggiore celerità, efficacia e efficienza di relazione delle attività centralizzate e decentrate (deliberazioni DG: n. 300 del 26 marzo 2019, n. 409 del 3 maggio 2019);

- la ridefinizione della collocazione dei rapporti di dipendenza delle PO dell'Area Sanitaria e Sociale, che viene sganciata dai Direttori dei Dipartimenti e posta alle dirette dipendenze della UOSD Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali, che garantisce il raccordo con le esigenze funzionali dei Dipartimenti assistenziali di riferimento (deliberazione DG n. 393 del 2 maggio 2019);

- l'avvio delle necessarie relazioni sindacali per il nuovo Contratto Decentrato Integrativo del CCNL del 21 maggio 2018, con attribuzione di degli particolare rilevanza al progetto di articolazione Incarichi di Funzione, il quale prevede una riconfigurazione organizzativa degli snodi di responsabilità in chiave gestionale e la valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali.

Su questo ultimo punto vale la pena menzionare Carrieri (2018), quale sostiene che il ruolo della contrattazione collettiva, non è solo salariale, ma è anche quello di facilitare e potenziare l'innovazione nelle pubbliche amministrazioni e di migliorare la gestione dei servizi pubblici. Secondo l'autore i Sindacati che operano nel settore pubblico impiego hanno la responsabilità di collaborare con le Aziende Pubbliche al fine, comune, di raggiungere un miglioramento della qualità e della quantità dei servizi erogati.

3. Le specifiche problematiche di carattere strategico-organizzativo conseguenti alla contestazione MEF-RGS

3.1. Implicazioni in termini di gestione delle relazioni sindacali

L'adozione delle doverose misure consequenziali da parte dell'Azienda al rilievo ispettivo ed al parere reso dall'ARAN ha comportato una dura reazione da parte delle Organizzazioni Sindacali, che hanno dichiarato la sospensione delle relazioni sindacali, chiesto l'intervento calmieratore da parte della Regione e della Prefettura. Le OO.SS. hanno addirittura notificato diffida agli uffici a non ottemperare a disposizioni ricevute, in tal modo configurando una forma di minaccia al doveroso espletamento delle funzioni dei pubblici ufficiali. Una sigla ha addirittura organizzato manifestazioni pubbliche di protesta con raccolta firme, in tal modo configurando un aggravamento di tale intimidazione rispetto all'esecuzione dei doveri d'ufficio.

Le implicazioni più rilevanti sono consistite nell'interruzione dell'esame congiunto della bozza di Contratto Decentrato Integrativo del CCNL. Ciò ha portato ad un brusco rallentamento della implementazione degli istituti da definire con tale Accordo, soprattutto la definizione ed attivazione dei nuovi Incarichi di Funzione aventi rilevanza strategica essenziale per il progetto di modernizzazione degli assetti organizzativi e il miglioramento dei servizi assistenziali (Costa, 1992; 1997).

L'assetto organizzativo sopra descritto necessitava di una significativa modificazione e integrazione, in parte avviate, e che per l'adeguato avanzamento rendeva indispensabile sul lato del personale del comparto una pronta e completa definizione del contratto decentrato a seguito della conclusione della vertenza oggetto del presente articolo.

Inoltre, la mancata valorizzazione delle professioni sanitarie aveva consolidato in azienda un quadro non in linea con l'attuale evoluzione normativa e contrattuale e con ricadute gestionali sul personale del comparto che non permettevano di raggiungere in modo significativo gli obiettivi quali-quantitativi che l'Azienda deve raggiungere (Seiler, 1976).

3.2. Implicazioni in termini di gestione dell'Azienda

La gestione delle persone assume un ruolo fondamentale nella costruzione e nella determi-

nazione del successo dell'organizzazione stessa e non rappresenta più un fattore complementare rispetto al funzionamento dell'organizzazione.

I ritardi di introduzione dei nuovi assetti organizzativi basati sugli incarichi di funzione comportano rilevanti rallentamenti nel processo di implementazione del passaggio dalla burocrazia meccanica alla burocrazia professionale. In sintesi, gli incarichi di funzione previsti dalla contrattazione aziendale prevedono i più consolidati meccanismi di coordinamento e i classici processi di standardizzazione di seguito ricordati:

- *adattamento reciproco*: coordinamento attraverso il semplice processo della comunicazione informale;

- *supervisione diretta*: coordinamento attraverso una persona che assume la responsabilità del lavoro di altri, dando loro ordini e controllando le loro azioni;

- *standardizzazione dei processi di lavoro*: si specificano e si programmano i contenuti del lavoro;

- *standardizzazione degli output*: si specificano i risultati del lavoro;

- *standardizzazione delle capacità e delle conoscenze*: viene specificato il tipo di formazione richiesto per eseguire il lavoro.

L'assetto organizzativo delineato dall'atto aziendale prevedeva la declinazione delle strutture organizzative in Dipartimenti, Strutture Complesse e Semplici (Dipartimentali-UOSD- e Articolazioni di struttura complessa -UOS-). L'assetto presentava, però, una serie di criticità di carattere generale che dovevano essere risolte quanto prima:

- 1) presenza di Unità Operative Semplici non giustificate e con tassonomie non sempre chiare, e che in alcuni casi dovevano essere riconvertite nella previsione di specifico incarico professionale;

- 2) presenza di strutture organizzative pleonastiche o non totalmente in linea con la *mission* aziendale e con il quadro programmatico nazionale e regionale;

- 3) mancanza di un dipartimento specificamente orientato all'organizzazione delle attività territoriali e al governo degli importanti fattori produttivi presenti in sede extraospedaliera (es. Dipartimento Cure Primarie);

- 4) assetto organizzativo che non risentiva degli standard gestionali più moderni (*lean organization*, *operation management*, *gestione per processi*,

ecc) ancorché in linea per la parte ospedaliera con le previsioni del D.M. 70/2015.

Emergeva, quindi, dall'atto aziendale e non solo, da una parte la necessità di un aggiornamento dell'assetto organizzativo (ancora troppo "medico-centrico" e "ospedale-centrico") (Porter, 2010) dall'altra parte la necessità di rivedere il quadro delle responsabilità dei soggetti con incarico direzionale (Galbraith, 1977) nell'ottica di perseguire un obiettivo di managerialità diffusa al fine di garantire la migliore performance aziendale.

In tale quadro la Direzione Strategica, nel periodo di mandato dal 7 gennaio 2019 al 31 dicembre 2019, ha posto in cima alle proprie priorità in linea con gli obiettivi assegnati:

- l'avvio di un processo graduale di revisione funzionale degli assetti organizzativi aziendali, nell'ambito dell'impianto strutturale definito nell'Atto Aziendale, così come approvato dalla Giunta Regionale, al fine di favorire il miglioramento della qualità, dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni (Alshourah, 2020);

- il potenziamento dell'assistenza territoriale, attraverso la ridefinizione della governance dei Distretti, in un'ottica di progressivo spostamento del baricentro assistenziale dall'Ospedale al territorio, in conformità ai nuovi modelli organizzativi che esaltano il ruolo e la riorganizzazione della medicina di base (Kaplan, Porter, 2011);

- la riqualificazione delle attività ospedaliere, anche attraverso la sperimentazione di nuove e più evolute logiche organizzative, coerente con le evoluzioni del quadro demografico (aumento del numero di anziani) epidemiologico (aumento dei pazienti cronici e con più patologie) e socio-economico (scarsità delle risorse a disposizione con forti pressioni al contenimento dei costi), tese al superamento degli spazi fisici e delle gerarchie per singole discipline specialistiche e con un orientamento all'organizzazione in aree assistenziali integrate e comuni, secondo una visione che pone il paziente ed i suoi bisogni al centro del sistema (Porter, Lee, 2013);

- la riconduzione dell'attività amministrativa nell'alveo della legittimità, con specifico riferimento alla corretta applicazione degli istituti contrattuali del lavoro e, più in generale, della normativa vigente.

3.3 Implicazioni in termini di neutralità economica della soluzione

Una delle pre-condizioni che hanno assunto una valenza chiave ai fini dell'accettabilità MEF-RGS del percorso a definizione del rilievo ispettivo è la neutralità economica.

È stato pertanto necessario fare una ricognizione ed un confronto approfondito di fonti specifiche della regolazione le quali, a valle della sottoscrizione di un Accordo definitorio della vertenza, potessero consentire di determinare una situazione di neutralità economica degli impatti contabili.

Ciò significa che la soluzione, rispettosa dei principi contabili, avrebbe comunque dovuto assicurare che l'importo delle componenti economiche positive rilevate in corrispondenza del recupero delle eccedenze versate nel tempo al personale debba essere completamente bilanciato da corrispondenti componenti economiche negative.

4. Dalla ricerca delle soluzioni alla definizione dell'accordo per la "vertenza fasce"

4.1. Le diverse opzioni tecniche per la definizione della "vertenza fasce"

A seguito di un confronto serrato tra Azienda e le OO.SS., che ha visto l'interruzione per molti mesi delle relazioni sindacali, è stato avviato un percorso (con gli auspici della Regione e della Prefettura) di verifica approfondita con gli Uffici del MEF-RGS circa la possibilità di individuare soluzioni che, in alternativa al recupero diretto nei confronti dei lavoratori, potevano contemperare le esigenze di allineamento degli Accordi decentrati al CCNL con l'interesse dei dipendenti a subire il minor danno possibile attraverso strumenti e modalità di recupero indiretto previsti dalla regolazione vigente (art. 40, D.Lgs. n. 165/2001 smi). L'istruttoria condotta dagli uffici ha portato alla quantificazione del totale complessivo delle somme irregolarmente appostate a fondo fasce da fondo produttività a partire dagli anni 2010 e 2016 e sino all'anno 2017.

L'Azienda ha elaborato, quindi una prima ipotesi di risoluzione della controversia; infatti, in prima battuta è stata messa a punto una prima soluzione basata sul recupero retrospettivo degli importi e annullamento delle PEO che

avevano beneficiato dell'irregolare trasferimento. Tale soluzione è stata sottoposta alle OOSS nella seduta di Delegazione Trattante del 27 giugno 2019 ed è stata respinta dalle stesse, che unanimemente hanno chiesto di verificare la possibilità di una soluzione che potesse fare salvi gli effetti giuridici ed economici di tutte le PEO attribuite, evidenziando il forte rischio di soccombenza da parte dell'Amministrazione rispetto a contenziosi in corso di attivazione da parte di molti lavoratori, con conseguenti elevati oneri.

L'Amministrazione si è, quindi, impegnata a verificare con il MEF-RGS la possibilità di una soluzione in tal senso, purché ritenuta dal MEF-RGS conclusiva degli adempimenti consequenziali all'ispezione, comunque da sottoporre alla preventiva certificazione del Collegio Sindacale secondo le vigenti norme in materia e da considerarsi definitoria per l'informativa alla Corte dei Conti.

L'articolazione di tale soluzione, la risposta delle OO.SS. e l'avvio di un diverso percorso sono stati cristallizzati nella deliberazione del Direttore Generale ASM n. 616 del 27 giugno 2019.

4.2. La pre-intesa con le Organizzazioni Sindacali

A seguito di un approfondito confronto con gli uffici del MEF-RGS, è stata elaborata una ipotesi di diversa soluzione di recupero indiretto, sempre fondata sull'art. 40 D.Lgs. n. 165/2001 smi e sulla regolazione specifica di settore e basata sull'elaborazione di una preventiva pre-intesa con le OO.SS. per la definizione del percorso amministrativo complessivo e della gestione degli effetti.

Va evidenziato che per l'elaborazione della soluzione innovativa è stato tenuto debitamente presente che l'irregolarità evidenziata in sede di ispezione ha riguardato solamente i trasferimenti di risorse e che nessun rilievo è stato formulato dal MEF-RGS SIFiP in merito agli aspetti valutativi e procedurali concernenti l'attribuzione delle progressioni economiche orizzontali (PEO) nel 2010 e nel 2016.

Il testo di pre-intesa è stato sottoposto alle OO.SS. nella seduta di Delegazione Trattante del comparto del 30 luglio 2019, con l'impegno a sottoporla al MEF-RGS per un parere in merito alla cornice di definizione di un accordo in tal senso rispetto al rilievo ispettivo. La pre-intesa ha riportato in premessa la cronistoria e le

condizioni a fondamento della soluzione e le Fonti della regolazione di riferimento a fondamento della soluzione:

- l'art. 40, comma 3-*quinquies*, D.Lgs. n. 165/2001,
- il comma 236, art. 1, L. 208/2015,
- la circolare MEF-RGS n. 16 del 2 maggio 2012 "Conto Annuale 2011",
- la circolare MEF-RGS n. 21 del 26 aprile 2013 "Conto Annuale 2012",
- la circolare MEF-RGS n. 12 del 23 marzo 2016,
- la deliberazione ASM n. 301 del 26 marzo 2019,
- gli articoli 80 e 81 del CCNL Comparto 21 maggio 2018.

La pre-intesa ha previsto, sinteticamente e schematicamente, quanto segue:

- il ricalcolo dei fondi dal 2010 al 2017, con ri-attribuzione delle risorse da fondo fasce a fondo produttività irregolarmente disposte dalla contrattazione aziendale nel 2010 e 2016 oltre che la correzione di taluni errori materiali di interpretazione normativa (correzione delle decurtazioni effettuate dall'Azienda sui Fondi 2015-2016-2017 in eccesso per errore materiale);
- il ricalcolo delle decurtazioni per gli anni 2015-2016-2017, al fine di allineare tra ASM e Azienda Sanitaria di Potenza gli effetti della cessione di ramo d'azienda del servizio 118;
- il ricalcolo dei Fondi 2018, in applicazione degli articoli 80 e 81 del CCNL 21 maggio 2018, mediante ridefinizione dal 1° gennaio 2018 ed a valere dai fondi determinati al 31 dicembre 2017 dei nuovi fondi artt. 80 e 81, CCNL 2016-2018;
- la determinazione dell'ammontare complessivo delle somme indebitamente appostate da Fondo produttività a Fondo fasce per gli anni dal 2010 al 2017, con la precisazione che per quanto riguarda il 2018 va tenuto conto che, per effetto del nuovo CCNL 2016-2018, con decorrenza 1° gennaio 2018 si realizza l'unificazione tra gli ex Fondo fasce e Fondo premialità, con correlata diretta imputazione (dalla stessa data) all'unico nuovo fondo delle risorse erogate per le PEO;
- la previsione del recupero delle somme corrispondenti all'irregolare trasferimento delle PEO 2010 e 2016, ai sensi dell'art. 40, comma 3-*quinquies*, D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i., quantificate in complessivi € 5.272.000,00, secondo il seguente piano: € 1.209.600,00 in unica soluzione per l'anno 2019 quali somme non erogate per gli

anni 2016-2018 e rivenienti dalla correzione degli errori materiali di determinazione dei fondi riferiti a tali anni, quindi 8 rate di € 507.800,00 ciascuna dall'anno 2019 sino all'anno 2026 per un totale di € 4.062.400;

- di non procedere al recupero delle risorse corrispondenti all'irregolare trasferimento PEO 2016 in quanto viene effettuata una ri-attribuzione delle decurtazioni, già effettuate ma non obbligatorie, ai singoli Fondi cui consegue la capienza del fabbisogno del Fondo fasce per il finanziamento delle PEO 2016;
- la permanenza della validità delle PEO 2010 e delle PEO 2016;
- l'erogazione degli importi sospesi e trattenuti a partire dalla mensilità di marzo 2019 agli aventi titolo con la prima mensilità utile ad avvenuta certificazione dell'Accordo da parte del Collegio Sindacale;
- l'impegno delle OO.SS. a quanto segue:
 - rinuncia ad ogni e qualsivoglia azione e rivendicazione concernente i fondi, la ripartizione degli stessi e l'erogazione delle risorse a qualunque titolo destinate al salario accessorio connesso ai tre fondi aziendali dal 2010 al 2017;
 - rinuncia a reclamare emolumenti a qualsiasi titolo relativi agli anni precedenti;
 - rinuncia ad ogni e qualsivoglia azione concernente la ripartizione dei fondi e l'erogazione ai singoli delle risorse destinate al salario accessorio di livello aziendale dal 2010 al 2017;
 - ogni consentita influenza sui lavoratori, onde garantire l'osservanza del presente accordo, a tal fine promuovendo l'abbandono dei contenziosi in essere e/o non appoggiando/promuovendone l'instaurazione di nuovi;
 - l'accantonamento, in via cautelativa onde fronteggiare futuri eventuali oneri oggi non previsti o per vertenze giudiziarie pendenti o future, un "Fondo di accantonamento vertenza fasce anni 2010-2016" di € 150.000 finanziato con risorse del fondo "Condizioni di lavoro e incarichi" del 2019; il fondo viene costituito e mantenuto per un periodo temporaneo e comunque non oltre il termine di prescrizione di eventuali richieste ovvero la definitiva estinzione di tutti i rapporti o contenziosi o situazioni connesse alla vertenza fasce;
 - la sottoposizione al RGS-MEF di apposito quesito volto ad accertare la piena legittimità del percorso amministrativo delineato.

La pre-intesa, dopo ampia discussione, è stata sottoscritta il 30 luglio 2019 da tutte le sigle sindacali, eccetto una che si è astenuta per proprie esigenze di verifica, ed è stata approvata con deliberazione DG n. 723 del 30 luglio 2019.

4.3. Neutralità economica e aspetti economico-contabili

Come detto, una delle pre-condizioni che hanno assunto valenza chiave ai fini dell'accettabilità MEF-RGS del percorso a definizione del rilievo spettivo è la neutralità economica.

Alla luce delle fonti specifiche della regolazione considerate, la sottoscrizione del suddetto Accordo definitorio della vertenza determina una situazione di neutralità economica degli impatti contabili in quanto l'importo delle sopravvenienze attive rilevate in corrispondenza del recupero delle eccedenze versate nel tempo al personale sarebbe completamente bilanciato da corrispondenti sopravvenienze passive per la correzioni di errori e di accantonamenti per spese future corrispondenti al recupero prospettico sui fondi contrattuali futuri.

In particolare, a seguito del parere positivo MEF-RGS ed in conseguenza del previsto iter contrattuale (certificazione del Collegio Sindacale e Accordo con le OO.SS. e trasmissione all'ARAN), l'importo complessivo di €. 5.272.000 viene contabilizzato nel Conto Economico aziendale in Dare ed Avere per pari importi complessivi come segue:

- come sopravvenienza attiva in corrispondenza di crediti per il versamento in eccedenza al personale negli anni pregressi per effetto dell'irregolare trasferimento di fondi contrattuali; come componenti economiche negative così articolate:

- sopravvenienze passive per €. 1.209.600 nel 2019 in corrispondenza di debiti verso il personale a seguito della rideterminazione dei fondi contrattuali anni pregressi con correzione di errori materiali rilevati per gli anni 2015-2017 e la riclassificazione 2018;

- accantonamenti per spese future per il residuo importo di €. 4.062.400 in corrispondenza del recupero in parti annuali uguali di Euro 507.800 dal 2019 al 2027 mediante Fondo da rilasciarsi annualmente in quote a compensazione con rispettivi debiti verso il personale a carico dei relativi fondi contrattuali, appositamente e preventivamente accantonati in sede di contrattazione collettiva annuale.

4.4. L'iter conseguente: il quesito al MEF e l'Accordo Sindacale

Con nota prot. n. 43294 del 30 luglio 2019 è stato sottoposto quesito al MEF-RGS in ordine alla piena legittimità del percorso individuato da Amministrazione e Organizzazioni Sindacali al fine di porre in essere, sin dall'anno 2019, il definitivo superamento delle irregolarità rilevate attraverso gli atti conseguenti già individuati nella pre-intesa tra Azienda e OO.SS. ed il rientro alla ordinata azione amministrativa dell'Azienda sanitaria, avendo cura di evitare ogni possibile contenzioso a turbativa della medesima ordinata azione amministrativa. È stato opportunamente precisato che la irregolarità evidenziata in sede di ispezione ha riguardato solamente i trasferimenti di risorse e che nessun rilievo è stato formulato dal MEF-RGS SIFiP in merito agli aspetti valutativi e procedurali concernenti l'attribuzione delle PEO 2010 e 2016.

Con nota prot. n. 38398 del 12 marzo 2020 (prot. n. 2020/16105 di pari data) in riscontro al su esposto quesito, il Ragioniere Generale dello Stato ha definito conformi alle previsioni dell'art. 40, comma 3-quinquies, D.Lgs. n. 165/2001 le iniziative che l'Azienda Sanitaria ASM ha rappresentato di voler adottare.

A seguire, sono state tempestivamente effettuate le procedure previste per gli accordi decentrati integrativi, ovvero sia la certificazione da parte del Collegio Sindacale, previa relazione tecnica degli uffici, e la trasmissione all'ARAN.

Il Collegio Sindacale esprimeva parere positivo, previa Relazione tecnico-economica degli uffici, quindi si è proceduto con la sottoscrizione dell'Accordo Sindacale decentrato recepito con deliberazione n. 418 del 16 aprile 2020.

Pertanto, per effetto dell'Accordo Sindacale e della regolazione ivi richiamata, è stato avviato il recupero delle risorse su base pluriennale a partire dai Fondi 2019, è stata mantenuta la validità delle PEO 2010 e 2016, si è proceduto all'erogazione agli aventi titolo delle somme trattenute a seguito delle Delibere n. 77/2019, n. 89/2019 e n. 252/2019 e sono stati evitati contenziosi estremamente deleteri sia sotto l'aspetto economico che del clima aziendale.

Va evidenziato che l'Accordo non ha comportato incrementi di spesa e che le risorse contrattuali sono state rideterminate nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica pro-tempore vigenti e disciplinanti la determinazione quantitativa dei fondi contrattuali.

Gli atti sono stati trasmessi alla Autorità competenti (MEF, Ministero della Salute, Regione Basilicata, Corte dei Conti) a completamento delle misure conseguenziali all'ispezione, secondo la regolazione vigente.

5. Discussione e conclusioni

La gestione virtuosa delle criticità rilevate dal MEF-RGS in merito all'irregolare trasferimento di risorse dal fondo fasce del comparto negli anni 2010 e 2016 ha rappresentato un'azione propedeutica e una spinta propulsiva per lo sblocco delle relazioni sindacali e un cambio di passo importantissimo per l'Azienda Sanitaria Locale di Matera ASM.

Infatti, la *cd* "vertenza fasce 2010-2016" costituiva per l'ASM un rilevante ostacolo per la progettazione e implementazione delle azioni di attualizzazione del modello, delle leve e degli strumenti gestionali dell'ASM quale azienda sanitaria locale di tipo misto ospedale-territorio.

L'ostilità delle Organizzazioni Sindacali e dei moltissimi dipendenti coinvolti nelle irregolarità rilevate dal MEF-RGS negli scatti di carriera intervenuti nel 2010 e nel 2016 ha costituito un caso di scuola quale ostacolo di contesto per la normalizzazione ed il rilancio di un'azienda che stava già attraversando un periodo difficile. Secondo Smollan (2017), il supporto al benessere delle risorse umane (esistenza di un clima lavorativo positivo, creazione di un sistema premiante, lo sviluppo della persona all'interno dell'organizzazione, la presenza di benefit qualitativi) aiutano il cambiamento organizzativo ed il riassetto degli obiettivi strategici.

La firma della pre-intesa con le Organizzazioni Sindacali ha rappresentato un elemento cruciale per avviare un clima di proficuo confronto con i rappresentanti dei lavoratori al fine di consolidare una fase nuova nella vita della azienda. Infatti, tale pre-accordo ha permesso di avanzare con maggiore speditezza verso la definizione di alcuni ambiti operativi necessari per la governance dell'ASM, in particolare modo per quanto riguarda aspetti organizzativi ed economici cruciali inseriti nel contratto decentrato aziendale. In merito, Van der Heijden (1996) sottolinea come il dialogo tra gli attori chiave di una organizzazione (*strategic conversation*) sia la chiave di volta per la proficua sopravvivenza dell'azienda.

La soddisfazione lavorativa è infatti componente intrinseca della motivazione (Belrhiti et al., 2019), la quale incrementa quando il personale si identifica maggiormente con i valori dell'organizzazione (Miao et al., 2018). In tal senso, gli accordi sindacali servono proprio ad allineare l'individuo con l'organizzazione; ed in particolare:

- l'attribuzione delle adeguate fasce retributive, legate alla funzione e alle competenze, rappresenta un elemento di stimolo per la motivazione dei dipendenti (Fanelli et al., 2020);
- le ricompense personali incidono invece sulla motivazione, aumentandola (O'Leary, 2019).

Al contrario Lai e Tang (2018), stimano che budget di tipo fisso, redatti quindi senza la possibilità di erogazione di incentivi al personale, determinano performance dei servizi sanitari mediamente più basse e meno efficienti.

Quali tappe progressive per la definizione della complessa vertenza, la pre-Intesa tra Azienda e OOSS è stata poi seguita:

- dal parere favorevole in linea tecnica del MEF-RGS sulla soluzione prospettata (prot. n. 16105 del 12 marzo 2020, comunicato alle autorità competenti con nota prot. n. 16195 del 13 marzo 2020);
- dal positivo controllo da parte del Collegio Sindacale nell'ambito delle competenze attribuite dall'ordinamento (prot. n. 19315 del 1° aprile 2020, comunicato alle autorità competenti con prot. n. 19333 di pari data).

I passaggi successivi sono stati quindi:

- la sottoscrizione di un Accordo decentrato (in data 9 aprile 2020, cui è seguita comunicazione alle autorità competenti prot. n. 21126 del 10 aprile 2020 e Del. n. 418 del 16 aprile 2020);
- il riavvio delle relazioni sindacali con lo sblocco delle risorse economiche e delle procedure della contrattazione collettiva del lavoro (concluse con la sottoscrizione del nuovo Contratto Collettivo Integrativo Decentrato del comparto (sottoscritto il 15 settembre 2020 cui è seguita Del. n. 813 del 17 settembre 2020);
- la possibilità di dispiegare e completare l'azione di ridisegno della micro-organizzazione e degli strumenti gestionali e quindi di modernizzazione dell'azienda, che ha avuto esito con il conferimento degli Incarichi di Funzione del comparto con Del. n. 777 del 31 agosto 2020 e 796 del 9 settembre 2020.

In merito, Xie et al. (2020) dimostrano che la possibilità di riallocare le risorse all'interno di un piano programmatico, rappresenti uno dei fattori critici di successo per il raggiungimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione.

La soluzione sotto l'aspetto contabile ha costituito una cerniera tra la compatibilità ai fini del superamento del rilievo ispettivo MEF-RGS e l'impulso rispetto alla rimozione di diversi ostacoli che la vicenda ha determinato sul progetto di gestione del cambiamento.

Inoltre, qui si vuole sottolineare la valenza in merito a due degli aspetti di sviluppo organizzativo che si sono sbloccati grazie alla positiva soluzione della vertenza sindacale:

a) definizione dell'organigramma e del sistema di gestione degli Incarichi di Funzione (IDF) (in sostituzione dei precedenti coordinamenti e posizioni organizzative) in linea con quanto previsto dal nuovo CCNL del Comparto (art. 16 nuovo CCNL per l'Area Sanitaria e Sociale e art.17 per l'Area Tecnico-Amministrativa);

b) definizione e implementazione di un nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance a livello del personale del comparto, sia per quanto attiene l'Area Sanitaria-Sociale e l'Area Tecnica-Amministrativa.

Per quanto attiene gli IDF, l'Accordo sindacale definitorio ha permesso all'Azienda di definire in maniera "certa" la consistenza dei fondi contrattuali pregressi (oggi confluiti in soli due fondi) al fine di articolare le responsabilità di governo nel settore del comparto: infatti, si sono subito riattivati gli incontri con le OO.SS. e si sono definiti su questo ambito: - l'organigramma degli IDF (con chiara attribuzione sia della tassonomia e declaratoria delle funzioni sia delle linee gerarchiche di afferenza);

- il peso attribuito a ciascuna tipologia di IDF sulla base di una graduazione della rilevanza degli stessi su una griglia di 5 specifici criteri: i) Livello di Autonomia e Responsabilità della Funzione, anche in relazione alla effettiva presenza di soggetti sovraordinati; ii) Grado di Specializzazione richiesta; iii) Complessità della competenze attribuite e della professionalità e della specializzazione; iv) Entità delle risorse umane, finanziarie, tecnologiche e strutturali gestite; v) Valenza strategica dell'Incarico);

- il regolamento per l'attribuzione e la revoca degli IDF e l'espressa definizione dei requisiti di accesso;

- la stima delle risorse economiche da appostarsi sui due fondi contrattuali e le ricadute in termini di disponibilità effettive per remunerare la posizione degli IDF e gli obiettivi raggiunti a valle della valutazione conseguita.

L'Azienda è riuscita, pertanto, a definire l'architettura degli IDF per quei ruoli che richiedono lo svolgimento di attività con assunzione diretta di elevata responsabilità aggiuntive, maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza (IDF di natura organizzativa) e/o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione (IDF di natura professionale).

Per quanto attiene alla definizione del sistema di misurazione e valutazione della performance a livello del personale del comparto per il triennio 2020-2022 si sono introdotte importanti novità che hanno ricevuto il parere positivo dell'Organismo Indipendente di Valutazione. Tra queste quella più rilevanti sono:

- differenziazione della valutazione del personale con IDF, con specifica valorizzazione della dimensione organizzativo-gestionale rispetto a quella comportamentale-individuale in riferimento al differente peso dell'IDF;

- schede di valutazione *ad hoc* riviste con items più precisi e modalità di compilazione alimentata in via digitale;

- profonda revisione del sistema premiante con ambiti e soglie che prevedono la retribuzione di risultato legata alle forchette più alte nell'ottica di legare ancor meglio le indennità di risultato in un alveo sempre più meritocratico.

I sistemi di valutazione della performance sono considerabili la base per incrementare la trasparenza e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle aziende sanitarie (Hall et al., 2018); in particolare, le esperienze di determinazione di un performance-budgeting ha riscontrato impatti positivi anche dal punto di vista dell'efficienza operativa (Jakobsen, Pallesen, 2017), mitigando la diatriba tra l'aumento dei servizi erogati ed il controllo dei costi. Un recente studio di Papenfuß e Kappeler (2020) conferma, inoltre, come gli strumenti di *performance-related pay* siano efficaci nell'incrementare la soddisfazione dei lavoratori pubblici.

È possibile, dunque, affermare che un utilizzo adeguato dei fondi di risultato/produttività (quando svincolati) sia un fattore critico di

successo per l'intera organizzazione. Questa fattispecie, da ultimo, sembra coerente anche con quanto rilevato da Austen e Frąckiewicz-Wronka (2018), i quali sostengono che le scelte strategiche tese all'implementazione di sistemi di premialità legati alla produttività e al coinvolgimento degli stakeholder interni sono alla base dell'efficacia delle organizzazioni sanitarie.

L'Accordo definitorio della "vertenza fasce 2010-2016", dunque, oltre alla valenza in sé di risoluzione di un grave problema amministrativo, ha consentito il completamento del percorso di innovazione del progetto organizzativo, con la definizione dei nuovi Incarichi di Funzione IDF, la messa a punto del nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance ed il contesto per il nuovo contratto decentrato del comparto sottoscritto in via definitiva il 15 settembre 2020.

Possiamo quindi affermare, in accordo con Merrit (2019), che la positiva conclusione dell'accordo sindacale da parte della ASM, non solo aumenta implicitamente la possibilità di stimolare la performance dell'organizzazione (mediante il sistema premiante), ma è esso stesso un esempio di *performance governance* (Bouckaert, Halligan, 2008) che tende a coinvolgere i dipendenti (e le proprie organizzazioni sindacali) nella vita dell'Azienda.

Il rinnovato assetto della micro-organizzazione e la revisione degli strumenti di programmazione e controllo operativo costituiscono leve fondamentali per un cambio di paradigma nella *governance* dell'Azienda, con una innovazione sostanziale dei meccanismi di responsabilizzazione degli operatori finalizzati all'incremento dell'efficienza produttiva e della qualità dell'assistenza prestata.

Bibliografia

- Alshourah S. (2020): Total quality management practices and their effects on the quality performance of Jordanian private hospitals. *Management Science Letters*, 11(1): 67-76. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2020.8.029>.
- Amaduzzi A. (1978): *L'azienda nel suo sistema e nell'ordine delle sue rilevazioni*, UTET, Torino.
- Austen A., Frąckiewicz-Wronka A. (2018): Stakeholders and resources in public hospitals. Towards an integrated view. *Argumenta Oeconomica*, 1 (40). <https://doi.org/10.15611/aoe.2018.1.11>.
- Bannow T. (2020): Hospitals Putting Bond Issues on Hold amid COVID-19 Outbreak. *Modern Healthcare*, March 19. <https://www.modern-healthcare.com/finance/hospitals-putting-bond-issues-hold-amid-covid-19-outbreak>.
- Behn R.D. (1995): The big questions of public management. *Public administration review*, 313-324. <https://doi.org/10.2307/977122>.
- Belrhiti Z. et al. (2019): Does public service motivation matter in Moroccan public hospitals? a multiple embedded case study. *International journal for equity in health*, 18(1): 160. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1053-8>.
- Bertini U. (2014): *La corporate governance, fattore di superamento della crisi e di sviluppo dell'economia*, Prolusione all'inaugurazione dell'anno accademico dell'Unicusano.
- Bouckaert G., Halligan J. (2008): *Managing performance: International comparisons*. Routledge, Abington.
- Bowman J. (2010): The Success of Failure: The Paradox of Performance Pay. *Review of Public Personnel Administration*, 30, 1: 70-88. <https://doi.org/10.1177/0734371x09351824>.
- Bryson J.M. (2011): *Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement*, John Wiley & Sons, San Francisco.
- Burns T., Stalker G.M. (1961): *The management of Innovation*, London, Tavistock Publications.
- Carrieri M. (2018): A redesigning of bargaining? Trade union relations in the Italian public sector. *Labor History*, 59(1): 105-119. <https://doi.org/10.1080/0023656x.2017.1375600>.
- Cassandro P.E. (1969): "Il profitto dell'impresa, mezzo e non fine", *Dirigenti Industria*, Milano, nn. 7 e 8, in *Scritti Vari (1929-1990)*, Cacucci Editore, Bari, 1991.
- Chmielewska M. et al. (2020): *Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland*.
- Coda V. (2012): "Il bene dell'impresa, bussola per comportamenti responsabili", in *Valori d'impresa in azione*, (a cura di Coda V. et al.), Egea, Milano, pp. 75-104.
- Costa G. (1992): *Manuale di gestione del personale*, UTET, Torino.
- Costa G. (1997): *Economia e Direzione delle Risorse Umane*, UTET, Torino.
- Daly J. (2015): *Human resource management in the public sector: Policies and practices*. Routledge.
- De Bruijn H. (2004): *Managing Performance in the Public Sector*. Routledge, London.
- Fanelli S. et al. (2020): Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective. *BMC Health Services Research*, 20: 1-9. <https://doi.org/10.21203/rs.2.19079/v2>.
- Fernandez S., Rainey H.G. (2006): Managing successful organizational change in the public sector. *Public*

- Administration Review*, 66: 168-176. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00570.x>.
- Galbraith J.R. (1977): *Organization Design*, MA: Addison-Wesley, Boston.
- Hall W. et al. (2018): Assessing and improving performance: a longitudinal evaluation of priority setting and resource allocation in a Canadian health region. *International journal of health policy and management*, 7(4): 328. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.98>.
- Hao A. et al. (2016): Strategic management of Public Hospitals' medical services. *Journal of BU ON.: Official Journal of the Balkan Union of Oncology*, 21(2): 473-477.
- Hogan R. et al. (1990): "The dark side of charisma". In: Clark K.E. et al. (editors). *Measures of leadership*. West Orange: Leadership Library of America, p. 343-54.
- Holcomb A.J., Smith D.G. (2020): Hospital Capital Budgeting During a Public Health Crisis. *Journal of Health Care Finance*.
- Holzer M. et al. (2003) "Best Practices in Managing Reductions in Force". *Review of Public Personnel Administration*, 23(1): 38-60. <https://doi.org/10.1177/0734371x02250114>.
- Homberg F. et al. (2019): Public service motivation and continuous organizational change: Taking charge behaviour at police services. *Public administration*, 97(1): 28-47. <https://doi.org/10.1111/padm.12354>.
- Jakobsen M.L.F., Pallesen T. (2017): Performance budgeting in practice: The case of Danish hospital management. *Public Organization Review*, 17(2): 255-273. <https://doi.org/10.1007/s11115-015-0337-8>.
- Jensen U.T. et al. (2019): Only when we agree! How value congruence moderates the impact of goal-oriented leadership on public service motivation. *Public Administration Review*, 79(1): 12-24. <https://doi.org/10.1111/puar.13008>.
- Jensen U.T. et al. (2020): How is public service motivation affected by regulatory policy changes? *International Public Management Journal*, 23(4): 465-495. <https://doi.org/10.1080/10967494.2019.1642268>.
- Kaplan R.S., Porter M.E. (2011): How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Bus Rev*, 89: 46-52; 4: 6-61.
- Lai H.P., Tang M.C. (2018): Hospital efficiency under global budgeting: evidence from Taiwan. *Empirical Economics*, 55(3): 937-963. <https://doi.org/10.1007/s00181-017-1317-3>.
- Marsilio M. et al. (2017): Health care multidisciplinary teams: The sociotechnical approach for an integrated system-wide perspective. *Health care management review*, 42(4): 303-314. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000115>.
- Masini C. (1970): *Lavoro e risparmio*, UTET, Torino.
- Melè D. (2009): Integrating personalism into virtue-based business ethics: the personalist and the common good principles. *Journal of Business Ethics*, 88(1): 227-244. <https://doi.org/10.1007/s10551-009-0108-y>.
- Melè D. (2012): The firm as a "community of persons": A pillar of humanistic business ethos. *Journal of Business Ethics*, 106(1): 89-101. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1051-2>.
- Merritt C.C. et al. (2019): The cost of saving money: Public service motivation, private security contracting, and the salience of employment status. *Public Performance & Management Review*, 42(4): 920-946. <https://doi.org/10.1080/15309576.2018.1535442>.
- Miao Q. et al. (2019): Public service motivation and performance: The role of organizational identification. *Public Money & Management*, 39(2): 77-85. <https://doi.org/10.1080/09540962.2018.1556004>.
- Mintzberg H. (1985): *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- O'Leary C. (2019): Public service motivation: A rationalist critique. *Public Personnel Management*, 48(1): 82-96. <https://doi.org/10.1177/0091026018791962>.
- Onida P. (1971): *Economia d'azienda*, UTET, Torino.
- Osborne S.P. (2006): The New Public Governance? *Public Management Review*, 8: 377-387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>.
- Osborne S.P., Brown K. (2011): Innovation, public policy and public services delivery in the UK. The word that would be king? *Public Administration*, 89(4): 1335-1350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2011.01932.x>.
- Paneforte S. (1999): *La gestione delle persone nell'impresa*, CEDAM, Padova.
- Papenfuß U., Keppeler F. (2020): Does performance-related pay and public service motivation research treat state-owned enterprises like a neglected Cinderella? A systematic literature review and agenda for future research on performance effects. *Public Management Review*, 1-27. <https://doi.org/10.1080/14719037.2020.1740300>.
- Parker V.A. et al. (1999): Implementing quality improvement in hospitals: the role of leadership and culture. *Am J Med Qual*, 14: 64-9. <https://doi.org/10.1177/106286069901400109>.
- Pinsonneault A., Kraemer K.L. (2002): "Exploring the Role of Information Technology in Organizational Downsizing: A Tale of Two American Cities". *Organization Science*, 13(2): 191-208. <https://doi.org/10.1287/orsc.13.2.191.537>.
- Pollitt C., Bouckaert G. (2011): *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance and the neo-Weberian State* (3rd ed.): Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1177/0020852312437323>.
- Porter M.E. (2010): What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, Vol. 363, 26: 2477-2481. <https://doi.org/10.1056/nejmp1011024>.
- Porter M.E., Lee T.H. (2013): The strategy that will fix health care. *Harvard Bus Rev*, 91.

- Pourmohammadi K. et al. (2020): A comprehensive environmental scanning and strategic analysis of Iranian Public Hospitals: a prospective approach. *BMC Research Notes*, 13(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05002-8>.
- Rainey H.G. (2014): *Understanding and Managing Public Organizations* (5ed.), Auflage. Essential Texts for Nonprofit and Public Leadership and Management. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Ritz A. et al. (2020): Public service motivation and prosocial motivation: two sides of the same coin? *Public Management Review*, 1-25. <https://doi.org/10.1080/14719037.2020.1740305>.
- Schlag M., Melè D. (2020): Building institutions for the common good. The practice and purpose of business in an inclusive economy. *Humanistic Management Journal*, pp. 1-6. <https://doi.org/10.1007/s41463-020-00092-9>.
- Seiler J.A. (1976): *Analisi dei sistemi di comportamento organizzativo*, ETAS, Milano.
- Smollan R.K. (2017): Supporting staff through stressful organizational change. *Human Resource Development International*, 20(4): 282-304. <https://doi.org/10.1080/13678868.2017.1288028>.
- Stefurak T. et al. (2020): The Relationship of Public Service Motivation to Job Satisfaction and Job Performance of Emergency Medical Services Professionals. *Public Personnel Management*, 0091026020917695. <https://doi.org/10.1177/0091026020917695>.
- Van der Heijden K. (1996): *Scenarios: The Art of Strategic Conversation*. New York: Wiley.
- Weber M. (1980): *Economia e società*, Vol. 4, Edizioni di Comunità, Milano.
- West D.C. et al. (2015): *Strategic marketing: creating competitive advantage*. Oxford University Press, Oxford.
- West E. (2001): Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Qual Health Care*, 10: 40-8. <https://doi.org/10.1136/qhc.10.1.40>.
- Xie J. et al. (2020): Analytics for Hospital Resource Planning-Two Case Studies. *Production and Operations Management*. <https://doi.org/10.1111/poms.13158>.
- Zhang X. et al. (2011): The contribution of environmental scanning to organizational performance. *Singap J Libr Inform Manage*, 40(1): 65-88.

Il ruolo della sanità integrativa nell'epidemia da SARS-CoV-2: una possibile integrazione con il SSN

GIUSEPPE CATALANO

Controller, Fondo Sanitario Integrativo FASIE

Riassunto: L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato i limiti del Servizio Sanitario Nazionale e, considerando le conseguenze sul sistema economico del Paese, diventa fondamentale capire se il nostro sistema sanitario è sostenibile e pronto ad affrontare le sfide attuali e dei prossimi anni. Anche il settore della sanità privata è stato messo a dura prova ma ha risposto in modo immediato e flessibile all'emergenza soprattutto in un'ottica di sussidiarietà e di solidarietà al sistema pubblico. In questo contesto, la collaborazione e soprattutto l'integrazione tra pubblico e privato può diventare la chiave di volta lasciando sempre allo Stato, attraverso il SSN, il ruolo centrale. Per fare questo è necessario rinforzare il ruolo della sanità integrativa partendo da una chiara e definitiva regolamentazione del sistema ed avere una visione integrata pubblico-privato per un progetto di medio e lungo termine di integrazione dei due pilastri del sistema sanitario.

Abstract: *The health emergency due to the SARS-Cov2 pandemic has highlighted the limits of the National Health Service and, considering the consequences on the country's economic system, it becomes essential to understand if our health system is sustainable and ready to face the current and the next years challenges. The private health sector was also put to the test, but it responded immediately and flexibly to the emergency, especially with a view to subsidiarity and solidarity with the public system. In this context, the collaboration and above all the integration between public and private can become the keystone, always leaving the central role to the State, through the NHS. To do this, it is necessary to strengthen the role of integrative health starting from a clear and definitive regulation of the system and to have an integrated public-private vision for a medium and long-term project of integration of the two pillars of the health system.*

Tag: fondi sanitari integrativi, COVID-19, servizio sanitario nazionale, integrazione

Introduzione

Il finanziamento complessivo della sanità cui concorre lo Stato è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Pertanto si tratta di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione dei livelli essenziali di

assistenza (LEA). Tale livello, determinato prima dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 di inizio 2020, prevedeva misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati oltre che di efficientamento dei costi. Dopo anni di progressiva riduzione del fabbisogno sanitario dovuto a mancato finanziamento della spesa sanitaria, l'incremento previsto per il triennio 2019-2021 sembra voler porre le basi per una nuova ridefinizione della spesa sanitaria italiana.

A seguito dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da SARS-CoV-2, considerando le gravi conseguenze economiche per l'economia italiana e un sistema sanitario nazionale messo fortemente sotto stress, ci si chiede quale possa essere la sostenibilità del SSN e se riesca ad affrontare le nuove sfide che si porranno nei prossimi anni tra le quali il progressivo invecchiamento della popolazione e la necessità di sempre maggiori e costose cure.

La pandemia da COVID-19 ha avuto e avrà conseguenze molto importanti sul sistema economico del Paese. Oggi e in futuro, sembra quindi fondamentale il ruolo della sanità integrativa, anche definito secondo pilastro, a cominciare da un contributo nella fase post pandemica. Di fronte a un evento che ha sconvolto tutti gli assetti e ha causato un'emergenza sanitaria globale, come si può sostenere il Paese ed in particolare il SSN? È possibile pensare, come soluzione, ad una nuova sinergia tra sforzi pubblici e privati che possa portare aspetti vantaggiosi per tutti i portatori di interesse nel settore?

Durante la pandemia gli enti erogatori di assistenza sanitaria integrativa, anche detti terzi paganti, hanno dovuto riorganizzare la propria attività sia dal punto di vista operativo che dal punto di vista sostanziale, continuando a fornire assistenza ai propri iscritti, cercando al contempo di rendere più semplice l'accesso alle prestazioni e prevedendo, laddove possibile, nuove coperture legate al rischio emergente. Tuttavia i fondi sanitari integrativi presentano delle caratteristiche che, se non gestite con la corretta attenzione, rischiano di mettere in discussione i principi di solidarietà e copertura universale che sono alla base del SSN da più di 40 anni.

1. Il SSN e la spesa sanitaria in Italia

1.1 Evoluzione della normativa

Dall'unità d'Italia e fino all'immediato secondo dopoguerra, il sistema sanitario era di tipo assicurativo-caritatevole e si reggeva su forme embrionali di sicurezza sociale garantite dall'intervento statale per gli indigenti e dall'operato degli enti caritatevoli religiosi. La legge Crispi-Pagliani del 1888 sulla sanità pubblica aveva istituito una struttura che, partendo dalla Direzione Generale con accanto il Consi-

glio Superiore di Sanità, si articolava in due ulteriori livelli: quello comunale, formato da medici e veterinari provinciali; e quello di base dei medici condotti, che in ogni comune erano incaricati all'assistenza sanitaria degli indigenti per i quali anche l'assistenza farmaceutica e ospedaliera era a carico del comune. Inoltre, negli anni successivi furono introdotte alcune forme di assicurazione obbligatoria. Nel 1898 fu imposto l'obbligo di assicurazione contro gli infortuni nell'industria, mentre nel 1929 fu la volta delle malattie professionali. Dieci anni dopo, con l'introduzione delle assicurazioni contro i rischi di malattia e la creazione delle Casse mutue provinciali per gli operai delle imprese industriali e artigiane, si gettarono le basi di quello che sarebbe poi stato il sistema adottato nei decenni del boom economico: il modello pieno delle assicurazioni sociali. Già a partire dagli anni '40 iniziarono a nascere nuovi enti mutualistici e la copertura si estese a categorie sempre più ampie.

Nel 1948 la tutela della salute diventa un diritto sancito dall'art. 32 della Costituzione. Con la L. 13 marzo 1958, n. 296 nasce il Ministero della Sanità e, nel 1968, con la L. n. 132, promossa dal Ministro Mariotti, sono istituiti e organizzati gli Enti Ospedalieri: tutto ciò come premessa alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale - avvenuta con la L. 23 dicembre 1978, n. 833 - ispirata al *National Health Service* britannico.

Nel sistema mutualistico circa il 95% della popolazione era coperto da oltre 300 fra casse mutue e altri enti che erogavano assistenza di malattia. In questa fase di "mutualità piena" l'assistenza fornita non si limitava alle prestazioni sanitarie, ma ricomprendeva anche aiuti economici come le indennità di malattia e maternità. Le prestazioni sanitarie venivano erogate sia in forma diretta che a rimborso. I premi pagati erano diversi per ciascun ente ma, man mano che nuove categorie venivano annesse alla copertura, diventavano sempre più insufficienti per coprire la spesa.

Peraltro, ad accentuare la crisi finanziaria dell'intero sistema - manifestatasi già alla metà degli anni '60, concorse, rendendola irreversibile, l'istituzione degli enti ospedalieri; infatti, la *retta di degenza giornaliera* in regime di ricovero pose a carico degli enti mutualistici oneri sempre più gravosi che in breve resero incolmabili i

disavanzi delle mutue. Questa profonda sofferenza finanziaria accelerò il processo di transizione verso il SSN, cosicché a partire dalla metà degli anni '70 la gestione sia degli enti ospedalieri, sia di quelli mutualistici fu trasferita alle Regioni, entrate in funzione all'inizio del decennio, fino alla promulgazione della L. 833/1978.

L'istituzione del SSN per oltre un decennio non produsse - per un complesso di motivi politico-organizzativi - gli effetti sperati sotto il profilo finanziario, per cui all'inizio degli anni '90 fu necessario un primo radicale riordino del Servizio, attuato con i D.Lgs. 502/1992 e 517/1993, che ne lasciarono immutati soltanto le funzioni e gli obiettivi indicati dalla L. 833 (artt. 1-2). Da ultimo, nel 1999, con il D.Lgs. n. 229, fu realizzata la cd. riforma-ter (nota come riforma Bindi), che rafforzò il potere delle Regioni e definì in modo più puntuale ed efficace l'organizzazione di tipo aziendalistico-manageriale delle strutture ospedaliere e distrettuali del SSN, già promossa dal riordino del 1992-1993.

In linea di principio questo nuovo assetto delle aziende è in grado di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale alle prestazioni sanitarie, secondo livelli uniformi ed essenziali di assistenza (LEA), stabiliti a livello centrale, che è compito delle Regioni assicurare sulla base della programmazione nazionale e regionale.

Il sistema sanitario nazionale offre una copertura universale ed obbligatoria, a fronte della quale tutti i cittadini contribuiscono, secondo la tassazione progressiva in base al reddito, al finanziamento della sanità pubblica. In questa tipologia di sistema sanitario vengono dunque a crearsi tre tipi di sussidi: chi è in buona salute contribuisce a finanziare la spesa sanitaria di chi è malato, chi ha maggior disponibilità economica contribuisce a finanziare la spesa di chi è meno abbiente e i più giovani finanziano la spesa dei più anziani (Barigozzi, Rebba, 2019).

È da dire, tuttavia, che la modifica del titolo V della Costituzione, attuata con la Legge cost. n. 3 del 2001, ha provocato una "frantumazione" del Servizio nazionale, dando spazio ad assetti regionali tra loro differenti per efficacia ed efficienza, che compromettono, di fatto, in molte realtà locali, la possibilità di realizzare in condizioni di uguaglianza gli obiettivi del SSN.

1.2 Il finanziamento e la spesa del SSN

Il sistema sanitario italiano sta vivendo una situazione di grande cambiamento, dovuto ad una concatenazione di diversi fattori sociali, economici e giurisprudenziali. La prima causa si può certamente individuare nella gestione della sanità da parte della politica: se infatti, specialmente negli ultimi due decenni del secolo scorso il sistema sanitario nazionale è stato utilizzato per cercare consensi, nell'attuale situazione economica italiana esso è spesso soggetto a contrazioni di spesa come bacino di copertura per le manovre economiche. Assorbendo circa 6,5 punti percentuali del prodotto interno lordo (2018) il suo impatto sulle finanze dello Stato non è per nulla irrilevante (fig. 1).

Questa gestione però va vista anche attraverso un altro dato ovvero, dal 1960 ad oggi, la spesa sanitaria complessiva è raddoppiata in tutti i paesi ad economia sviluppata. Questa importante crescita non è dovuta, come potrebbe essere intuitivo pensare, all'erogazione di maggiori prestazioni bensì all'aumento dell'aspettativa di vita. La vita attesa alla nascita infatti, per il sesso maschile, ha guadagnato 1,5 anni ogni decennio, mentre la vita attesa a 65 anni ne ha guadagnato 1 ad ogni decennio. A questo dato si va inoltre ad aggiungere il fatto che negli anni sessanta del secolo scorso, con la così detta generazione dei "Baby Boomers", si sono raggiunti i picchi della natalità nel nostro Paese, raggiungendo i 2,7 figli per donna nel 1964, dato che è rimasto vicino al 2,5 fino alla fine del decennio, andando dunque a dare una forte scossa demografica alla popolazione (ISTAT, 2016).

Tenendo conto che nel 2017 l'indice di natalità è passato a 1,32 figli per donna (ISTAT, 2018) c'è evidenza del fatto che il patto intergenerazionale di sussidio incrociato è messo in forte crisi (fig. 2).

Il problema legato a questo aumento della durata media della vita è che, parallelamente al miglioramento delle possibilità di cura per mantenere l'individuo in salute, si assiste ad una crescita dell'aspettativa di vita in condizioni di invalidità di vario grado, che hanno un'incidenza non trascurabile sul sistema sanitario.

Se tra i fattori di aumento della spesa sanitaria l'aspettativa di vita in costante crescita ha la maggior quota di incidenza, accompagnata dai picchi demografici, non mancano tuttavia altre

concause, tra le quali troviamo l'aumento della domanda di cure, l'ampliamento dei trattamenti che è possibile richiedere e l'avanzamento tecnologico che rende sempre più varie e costose le tipologie di cure. L'OCSE stima che da qui a cinquant'anni si assisterà ad un altro

raddoppio dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL ed è evidente che, a maggior ragione nel contesto attuale di bilancio dello stato italiano, questa situazione non è sostenibile nel lungo periodo e diviene comunque di difficile gestione anche nel medio.

Fig. 1 - Spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL (Fonte: Elaborazione Osservatorio CI su dati MEF, Servizio Studi della Camera dei Deputati e Proposte per una Revisione della Spesa Pubblica 2014-2016)

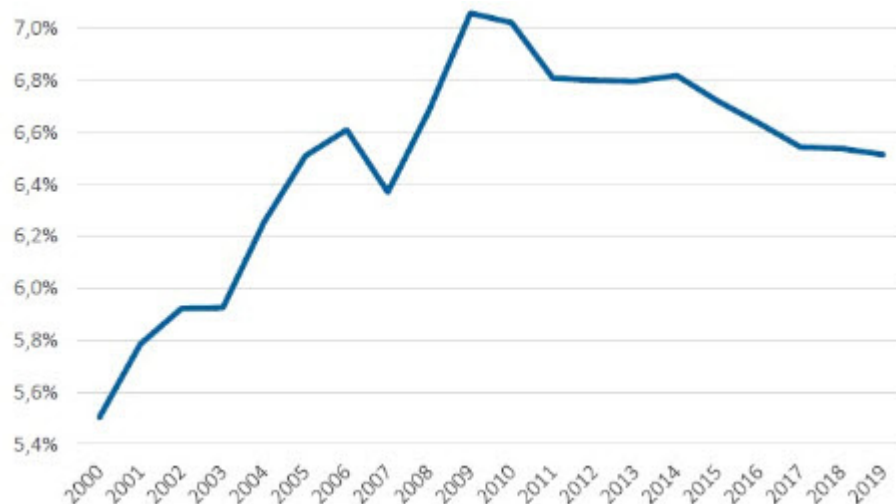
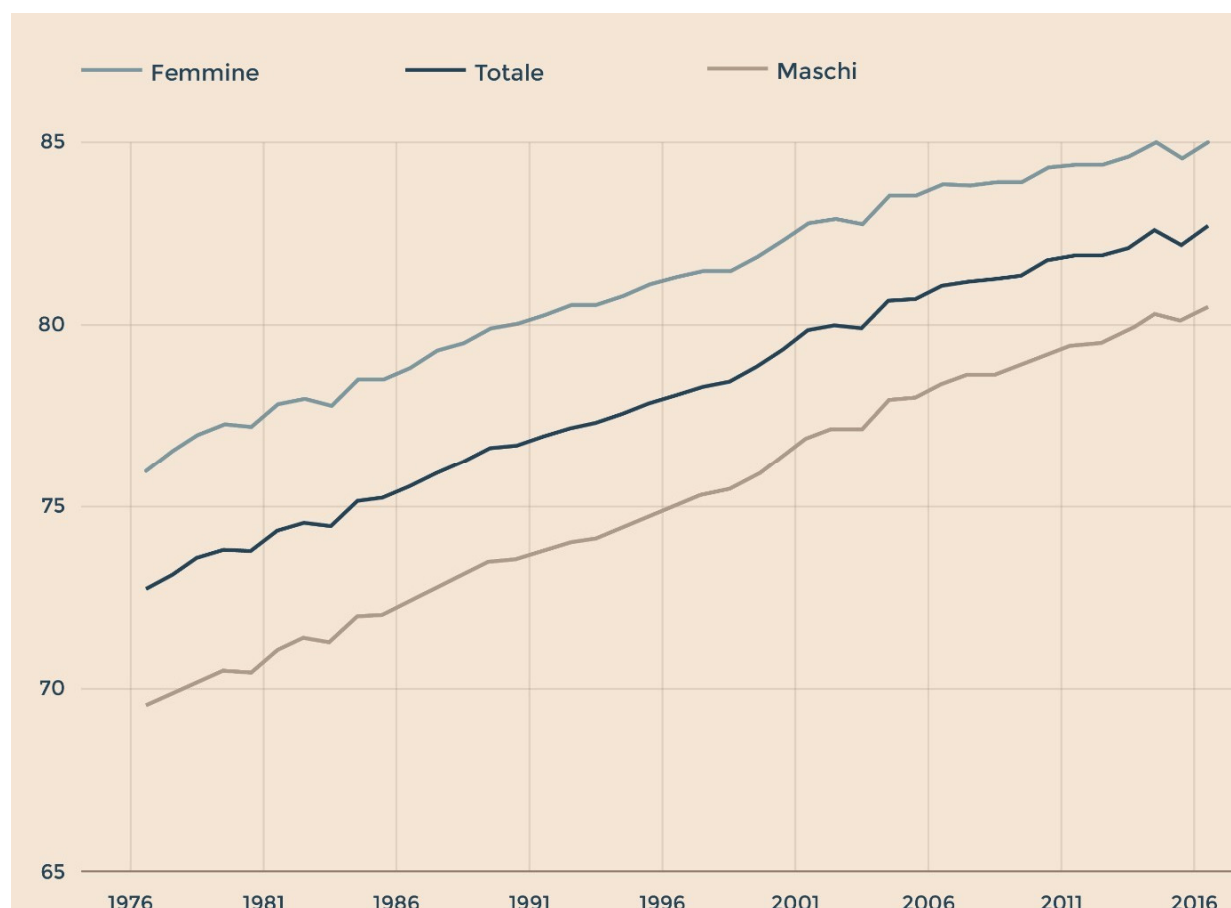


Fig. 2 - Aspettativa di vita alla nascita in Italia (Fonte: Il Sole-24 Ore, 2017)



Al fine di valutare la sostenibilità del nostro SSN, la Fondazione GIMBE nel suo Rapporto (2019) ha stimato il fabbisogno sanitario al 2025 in 230 miliardi pari ad una spesa pro capite (ad invarianza di popolazione) di circa 3.800 euro per il 2025. Considerato che la spesa attuale (2018) pro capite è di 2.561 euro, questo comporterebbe un incremento della spesa pro capite di 1.239 euro nei prossimi otto anni. Sulla base delle previsioni del DEF 2019 ed il trend degli ultimi anni di aumento della spesa sanitaria privata, l'aumento della spesa sanitaria è stimato, per lo stesso periodo, in circa 28 miliardi (12 miliardi dal settore pubblico e 16 miliardi dal settore privato) raggiungendo così una cifra di circa 183 miliardi nel 2025 lontana di quasi 50 miliardi dal fabbisogno stimato (fig. 3).

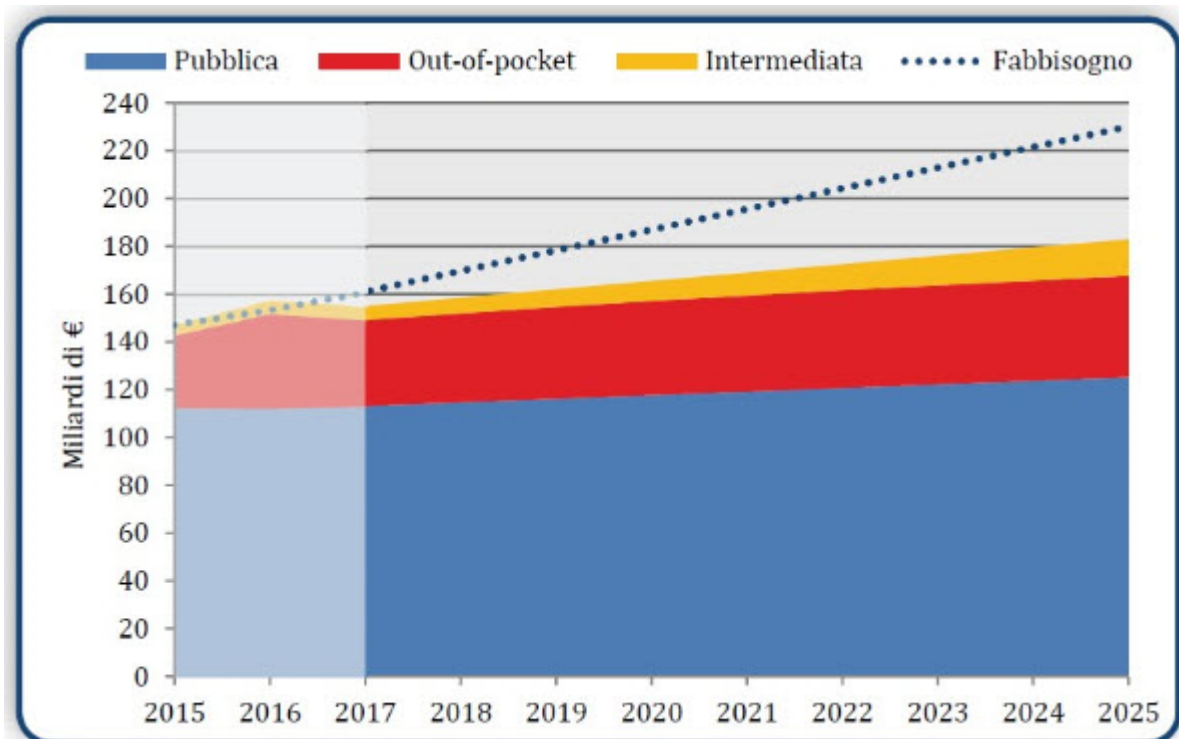
Di conseguenza diventa indispensabile una *spending review* al fine di ridurre inefficienze ed allo stesso tempo prevedere interventi strutturali e organizzativi in grado di eliminare tipologie specifiche di sprechi. La stima del potenziale recupero di risorse è di circa 36 miliardi negli 8 anni che risolverebbe poco il problema della mancanza di risorse in quanto al 2025 mancherebbero ancora circa 37 miliardi. Da qui la necessità di politiche ben precise per preservare un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

È in questo scenario macroeconomico e sociale che fin dal 1992 si è sentita l'esigenza di porre le basi per favorire la creazione di quello che gli esperti del settore definiscono un secondo pilastro privato della sanità che, come suggerito dal nome, si propone di affiancare il servizio pubblico nazionale (che rimane il pilastro principale) nel sostenere il sistema sanitario. Questo se da un lato avrebbe il merito di sgravare le finanze pubbliche da una parte della spesa, dall'altro andrebbe a ridurre la spesa non intermediata, ovvero denaro che il cittadino spende di tasca propria per garantirsi l'accesso a prestazioni sanitarie direttamente, senza nessuna intermediazione da parte di fondi, assicurazioni o altro.

1.3 La spesa out of pocket

L'Italia è tra i Paesi OCSE che presentano un'incidenza della spesa sanitaria pagata di tasca propria dai cittadini, definita spesa "out of pocket", più elevata e ciò nonostante la presenza di un SSN fortemente pubblico. Nel 2017, erano circa 40 i miliardi spesi direttamente dal cittadino e, per dare un ordine di grandezza, si parla di una cifra che si avvicina ad un terzo della spesa sostenuta dal settore

Fig. 3 - Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025 (Fonte: 4° Rapporto GIMBE)



pubblico per offrire cure mediche mediante il SSN (fig. 4).

Viene così a palesarsi un'integrazione pubblico-privato nel finanziamento dei bisogni di cura dei cittadini italiani con una seguente composizione della spesa sanitaria: la spesa pubblica si attesta intorno al 74% rappresentando circa i tre quarti della spesa totale; la spesa privata è pari a circa il 26%. Di quest'ultima solo il 3,7% è assicurata tramite forme sanitarie integrative tra cui i fondi sanitari.

Il dato di maggiore attenzione che emerge è che non è solo il livello raggiunto dalla spesa sanitaria privata a dover preoccupare quanto, e soprattutto, il basso livello di intermediazione di tale spesa da parte della sanità integrativa (polizze sanitarie e fondi sanitari integrativi). Infatti solo il 3,7% di questa spesa, è assicurata tramite forme sanitarie integrative con la conseguenza che il costo della spesa sanitaria privata grava completamente sui redditi familiari. Non stupisce quindi, in questo contesto, che la quota di persone che dichiara di aver rinunciato o differito a cure di cui avevano bisogno è in Italia quasi il doppio della media UE.

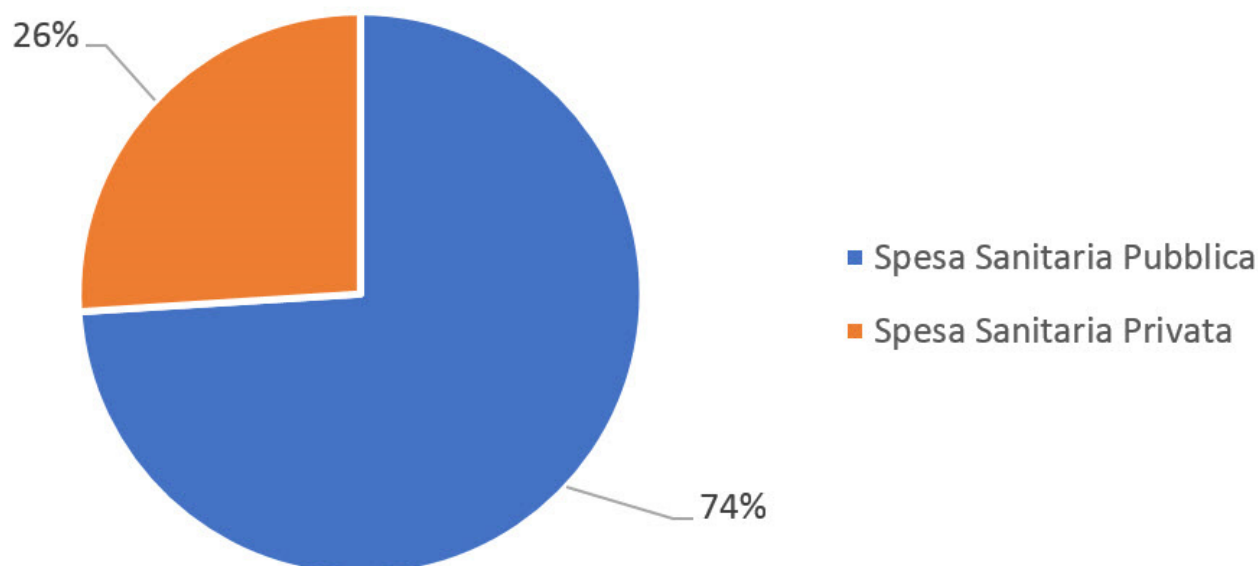
Per quanto la percentuale di spesa *out of pocket* si mantenga elevata in tutta la penisola italiana, anche in questo ambito possiamo rilevare una forbice di spesa tra il Nord ed il Sud Italia: le regioni con una maggior quota di spesa *out of pocket* sono infatti Friuli Venezia Giulia, Val

d'Aosta ed Emilia Romagna, il fanalino di coda di questa classifica è invece la Campania. Questa graduatoria dà la possibilità di analizzare un'altra tematica non trascurabile parlando di sanità integrativa: non è possibile associare un aumento della spesa sanitaria privata con un arretramento del sistema pubblico, infatti è proprio al Nord che la sanità pubblica presenta il suo maggior livello di efficienza. La dinamica di spesa pubblica sembra quindi non influenzare quella privata (fig. 5).

Uno dei problemi della spesa sanitaria privata è proprio quello di uno scarso livello di intermediazione, la cui radice è da individuarsi principalmente in un problema di carattere culturale. I dati forniti dall'analisi effettuata da RBM, che vanno sicuramente letti anche alla luce dell'interesse economico che l'impresa ha nel settore salute, sono allarmanti: nel 2017 ci sono stati oltre 11 milioni di italiani che hanno dovuto far ricorso all'indebitamento per finanziare le cure, 7,8 milioni di loro hanno dovuto metter mano ai loro risparmi e 3 milioni sono arrivati a liquidare i propri investimenti immobiliari o finanziari (RBM Assicurazione Salute, 2018).

È chiaro a questo punto che il problema, oltre ad essere di carattere economico e sociale, assume i contorni del dilemma etico: se il cittadino è messo di fronte all'alternativa tra la spesa di tasca propria e la scelta di non curarsi, uno dei principi fondamentali del nostro sistema sanitario, quale è l'equità, viene messo in profonda

Fig. 4 - Spesa sanitaria italiana tra pubblico e privato (Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute Spa su dati Previmedical)



crisi. La questione si va ad aggravare se teniamo conto che l'incidenza della spesa sanitaria privata va ad aumentare percentualmente al diminuire del reddito del nucleo familiare. In particolare, a fronte di un'incidenza media della spesa sanitaria privata sul reddito degli italiani di circa il 3,14%, il finanziamento delle cure private va ad assorbire il 3,33% delle risorse per i cittadini con un reddito inferiore ai 15 mila euro, l'1,69% per la fascia compresa tra i 15 e i 35 mila, l'1,61% per i cittadini che presentano un reddito posizionato tra i 35 e i 65 mila e soltanto lo 0,65% per coloro che vanno oltre la soglia dei 100 mila euro di reddito. Quanto al regime di detrazione fiscale, questo tipo di spese sono detraibili dall'IRPEF al 19% con una franchigia di euro 129,11. Vi è un ampio ricorso da parte dei cittadini all'agevolazione fiscale, infatti il 60% della spesa statale per oneri detraibili sul bilancio dello stato fa riferimento a rimborsi per le detrazioni per spese sanitarie. La detrazione fiscale anziché ridurre il gap di incidenza delle spese sanitarie sul reddito va ad ampliare questa forbice: abbiamo evidenza del fatto che l'80% delle detrazioni va a beneficio di coloro che presentano un reddito superiore ai 60 mila euro, mentre soltanto il 5,50% va ad agevolare le

fasce di reddito comprese tra i 15 e i 35 mila euro (RBM Assicurazione Salute, 2018). Vari analisti individuano la soluzione alla presentata serie di problematiche nell'incentivazione della spesa intermedia, ma quali sono e come si configurano i "Terzi paganti" che agiscono nel settore?

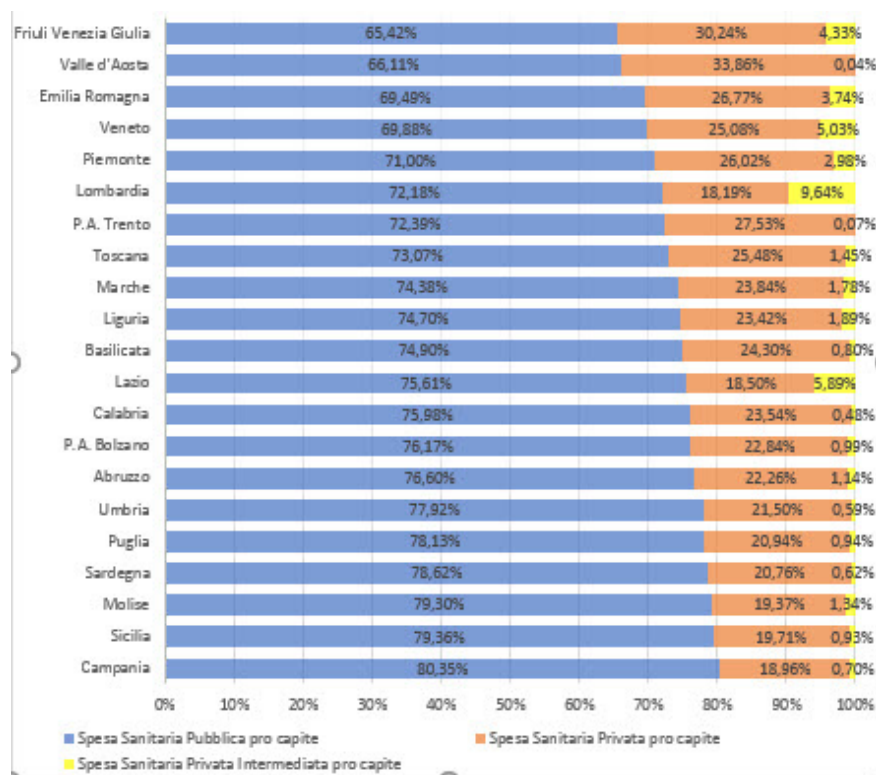
1.4 Il ruolo dei fondi sanitari integrativi

Il secondo pilastro si configura come un insieme di "terzi paganti" che assumono differenti fattispecie: fondi sanitari, casse mutue, società di mutuo soccorso, intermediari di spesa sanitaria individuali e collettivi. Prima di introdurre il complesso argomento si ritiene opportuno, per la sua chiarezza, utilizzare la classificazione proposta da Aldo Piperno (2017), basata sul tipo di copertura offerta:

- copertura sostitutiva: copre servizi e prestazioni che sono già offerti dai livelli essenziali di assistenza del SSN, ma lo fa con condizioni migliorative per il cittadino. Solitamente riguarda solo alcuni servizi particolarmente vantaggiosi per l'erogatore;

- copertura aggiuntiva: va ad integrare la copertura pubblica colmando la differenza di costo tra le prestazioni garantite dal SSN e la

Fig. 5 - Composizione della spesa sanitaria per regione (Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute Spa su dati Previmedical)



quota a carico del cittadino come ad esempio il ticket;

- copertura complementare: va a coprire le prestazioni non incluse nei livelli essenziali di assistenza.

Circa il 22% degli italiani, al 2017, poteva beneficiare di una copertura sanitaria integrativa. Il numero è importante, ma meritevole di maggiore analisi è il tasso di crescita: il numero di iscritti a una forma integrativa è infatti passato dai 3.312.474 del 2010 ai 13.292.098 del 2017 (RBM, 2018).

I protagonisti principali sono i fondi sanitari, realtà complesse e variegate, in cui i soggetti principali possono essere casse, fondi ed enti di varia tipologia. Qualunque sia la loro fattispecie giuridica di riferimento, ai fondi sanitari non è permesso perseguire il fine di lucro e buona parte di essi (circa il 50%) è supportato dalle compagnie assicurative, per garantire il proprio corretto funzionamento e sostentamento dal punto di vista finanziario. Essi possono essere raggruppati in due macro-gruppi, delineati dall'art. 9 del D.Lgs. 502/1992:

- fondi sanitari integrativi del SSN (fondi DOC o di tipo A) così denominati perché deputati a coprire soltanto le prestazioni non offerte dal SSN e la quota di spesa non coperta dallo stesso, come ad esempio i ticket;

- enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale (fondi non DOC o di tipo B), di cui all'art. 51 comma 2, lett. a) del D.P.R. 917/1986, che hanno una maggiore libertà d'azione in termini di prestazioni e servizi offerti. Essi possono infatti coprire tutte le tipologie di prestazione, incluse quelle coperte dai livelli essenziali di assistenza.

Nello specifico i fondi di tipo A sono deputati alla copertura di prestazioni così dette extra LEA, acronimo di "livelli essenziali di assistenza", ovvero le prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario deve offrire a tutti i cittadini (o gratuitamente o dietro pagamento di un ticket).

I fondi DOC o di tipo A sono caratterizzati principalmente da due peculiarità: la prima è quella che gli iscritti possono dedurre dal reddito ai fini IRPEF entro il limite di € 3.615,20 i contributi di iscrizione, mentre la seconda è che a questi fondi non è permessa la politica di selezione del rischio, in altre parole non possono discriminare tra i gruppi di potenziali aderenti. Questa seconda specifica è una naturale appendice alla

natura stessa del fondo, che proponendosi di arrivare con la copertura laddove il SSN non può permettersi di giungere, deve configurare il fondo stesso come un'appendice del SSN e dunque agire quanto più possibile in un'ottica di equità sociale.

I fondi non DOC o di tipo B si configurano come una fattispecie giuridica molto eterogenea. Essi sono da definirsi per esclusione, ovvero ciò che non è di tipo A diviene automaticamente di tipo B e si tratta principalmente di enti e casse preesistenti rispetto alla definizione di DOC. La deducibilità fiscale per gli iscritti a questo tipo di fondo si ottiene se il fondo destina almeno il 20% delle proprie prestazioni a cure odontoiatriche, coperture sociosanitarie e/o socioassistenziali, allineandosi così a quella garantita dai fondi DOC, raggiungendo i 3.615,20 euro. Va però sottolineato che il beneficio fiscale offerto dai fondi non DOC si limita a coloro che vi hanno aderito per un accordo collettivo o in base ad un regolamento aziendale (RBM Assicurazione Salute, 2018). I fondi di tipo B sono in netta maggioranza rispetto a quelli di tipo A, parliamo infatti di 313 fondi non DOC contro soli 9 fondi DOC. Nel caso di iscrizione individuale a una mutua sanitaria, i contributi versati sono invece detraibili dalle imposte per il 19% fino ad un massimo di 1.300 euro.

È poi possibile per i cittadini stipulare una polizza assicurativa sanitaria individuale, ovvero assicurazioni che coprono rischi specifici dietro una corresponsione di premi. Il regime di detrazione in questo caso viene a configurarsi in una maniera leggermente più complessa: se l'assicurazione sanitaria copre solo le spese mediche non gode di nessuna agevolazione sul premio mentre la detrazione spetta se la polizza copre anche il rischio di infortuni.

Non è infine trascurabile nella spesa intermedia la posizione occupata dal welfare aziendale, se infatti questa tipologia di intermediazione non è propriamente identificabile come un terzo pagante è anche vero che le imprese e le loro associazioni stanno muovendo importanti passi nella creazione e nell'implementazione di politiche di welfare dedicate ai dipendenti. Al 2017 il dato della contribuzione riferibile al welfare aziendale (a tutto tondo, non soltanto per la sanità) ammontava a 2,5 miliardi di euro. Le cause di questo fenomeno sono da ricercarsi sicuramente in un'ottica di aumento del

commitment del dipendente nei confronti dell'azienda, ma con un occhio all'ampio spettro di benefici fiscali che deriva da questo tipo di iniziative.

Le aziende operano in più modi per la costituzione di iniziative di welfare: iscrivono i lavoratori e le famiglie a fondi sanitari e casse sanitarie già esistenti, danno vita a fondi o casse autogestite o date in gestione ad altre imprese assicuratrici, istituiscono delle polizze collettive di malattia, o semplicemente rimborsano le spese sanitarie sostenute dai dipendenti.

Il vantaggio fiscale si va a bipartire tra quello per l'azienda e quello per i lavoratori. Dal punto di vista del datore di lavoro i costi dei servizi offerti ai dipendenti vanno a dedursi dal reddito d'impresa, andando in sostanza a ridurre l'imponibile sul quale viene calcolato l'IRES da versare all'erario. Per i lavoratori il vantaggio è quello che i premi convertiti in welfare sono esclusi dall'imponibile IRPEF. In altre parole, se una cifra di € 2.000 lordi in busta paga si traduce in € 1.200 netti, 2.000 euro erogati in beni e servizi sono esenti da ogni tipo di trattenuta. La questione, che a prima vista potrebbe sembrare vantaggiosa su entrambi i fronti, presenta una complicazione che si manifesta nel lungo periodo, ovvero i bonus che sono stati offerti come prestazioni sanitarie non vanno a contribuire alla cifra sulla quale si andranno a calcolare l'ammontare del TFR prima e la pensione poi.

Il datore di lavoro infatti convertendo il premio di produzione in iniziative di welfare non è tenuto a versare i contributi previdenziali per quell'ammontare. Per i lavoratori l'adesione a un fondo costituisce quindi uno scambio intertemporale: la possibilità di ricorrere oggi al mercato privato delle prestazioni sanitarie (e di ricevere un parziale rimborso) è pagata con una minore pensione domani e un minore trattamento di fine rapporto al momento del collocamento a riposo (Dirindin, 2019).

2. Il secondo pilastro per la sanità italiana

Negli ultimi anni si è assistito ad una crescente convergenza di interessi per fondi sanitari, assicurazioni e varie forme di welfare aziendale. Molti sembrano concordare che per garantire la sostenibilità del SSN e dell'intero sistema di welfare, l'unica soluzione sia l'espansione del

cosiddetto secondo pilastro della sanità. Tuttavia sono anche molte le voci in controtendenza che vedono nell'espansione del secondo pilastro una delle determinanti della crisi di sostenibilità del SSN. Il dibattito pubblico della sanità integrativa è infine sbarcato in Parlamento dove nel gennaio 2019, la Commissione Affari Sociali della Camera ha avviato una indagine conoscitiva per attuare una ricognizione della sanità integrativa tra cui i Fondi sanitari che sono stati previsti dalla legge per potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei LEA con l'obiettivo di non creare un sostituto del SSN.

La fattispecie giuridica sulla quale si basano i fondi sanitari integrativi nel nostro Paese è una delle problematiche del secondo pilastro del sistema sanitario. Parliamo infatti di una giurisprudenza poco chiara, frammentata e incompleta. Il legislatore non va a fornire una vera e propria definizione di sanità integrativa, ma per semplicità potremo definirla come l'insieme di quelle forme e di quegli enti che tramite la raccolta di contributi presso i propri iscritti favorisce l'accesso a prestazioni sanitarie, attraverso il rimborso diretto dei costi delle prestazioni sanitarie verso le strutture chiamate ad erogarle o, viceversa, attraverso forme di rimborso dei costi sostenuti dai singoli per accedere alle dette prestazioni. La sanità integrativa, in questo contesto giuridico, è progressivamente diventata sostitutiva perdendo l'obiettivo iniziale di essere integrativa al SSN. Ma ripercorriamo l'evoluzione normativa che sta definendo la sanità integrativa.

Le radici regolatorie dei fondi sanitari integrativi iniziano ad intravedersi nella L. 883/1978. In questa sede tuttavia il legislatore ha soltanto aperto uno spiraglio al secondo pilastro, limitandosi ad affermare, all'art. 46, che "La mutualità volontaria è libera". La legge infatti ha subito previsto la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal servizio pubblico tramite il ricorso ad assicurazioni private o a forme di mutualità volontaria.

Tuttavia è con il D.Lgs. 502/1992 dove viene affermato che: "Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali

di assistenza di cui all'art. 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi".

Con questo decreto si introduce la categoria dei fondi sanitari individuando 3 pilastri per il SSN:

- la sanità pubblica basata sul principio dell'universalità, dell'uguaglianza e della solidarietà;
- la sanità collettiva integrativa garantita tramite i fondi sanitari integrativi;
- la sanità individuale gestita attraverso polizze assicurative individuali.

Viene inoltre trattata la politica di non selezione dei rischi, le fattispecie dalle quali può originare un fondo integrativo e le prestazioni che è possibile erogare. Si era chiaramente dato il via ad un cambiamento radicale del sistema sanitario come era precedentemente inteso. Per dovere di cronaca occorre citare anche il D.Lgs. n. 517 del 1993 che chiariva, all'art. 9, alcuni aspetti sulle forme integrative di assistenza sanitaria e venivano descritte le prestazioni che potevano essere erogate da un fondo sanitario integrativo. Tali prestazioni, definite come "aggiuntive" rispetto a quelle fornite dal SSN, avrebbero dovuto avere ulteriore specificazione in un decreto ministeriale la cui promulgazione era prevista entro 120 giorni dall'entrata in vigore del D.Lgs. 517. La mancata emanazione di tale decreto ha impedito che la normativa trovasse una chiara applicazione.

Successivamente si è assistito ad un ritorno sull'argomento con il D.Lgs. n. 229 del 1999 (c.d. "riforma Bindi") con il quale si è ridefinita la possibile funzione integrativa dei fondi. Il decreto infatti delinea in maniera più netta le caratteristiche dei fondi integrativi il cui fine viene indicato come quello di preservare le caratteristiche di solidarietà ed universalismo della sanità pubblica e, al tempo stesso, di incoraggiare la copertura di quei servizi che non rientrano nei LEA in tutto o in parte (ovvero con compartecipazione da parte del cittadino attraverso il pagamento del ticket). Rilevando in modo chiaro il concetto di "integratività", che pone i fondi come "subordinati al SSN", il decreto concede esclusivamente a tali fondi le agevolazioni fiscali poi sancite dal D.Lgs. n. 41/2000 che modifica il testo unico delle imposte sui redditi di cui al D.P.R. 917/1986. È con questo decreto che viene creato per la prima

volta il concetto di fondo DOC, definendo, come detto prima, anche cosa siano i fondi non DOC, per esclusione.

I fondi "DOC" vengono pensati come complementari alla sanità pubblica, permettendo di garantire una copertura su base collettiva per tutte le prestazioni non garantite dal SSN o che sono anche solo parzialmente a carico delle famiglie. Tali fondi sono caratterizzati da 3 elementi:

- non selezione dei rischi sanitari;
- non discriminazione nei premi da pagare;
- non concorrenza con il SSN.

Contestualmente vengono definiti "non DOC" i fondi che non hanno l'obbligo di rispettare i vincoli appena elencati e che quindi possono offrire anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle del servizio pubblico ricadenti nei LEA.

La normativa di riferimento, ad oggi, è quella fornita dal D.M. 31 marzo 2008 (c.d. "Turco"), successivamente integrato, specificato e in talune parti modificato nel 2009 dal decreto c.d. "Sacconi". Con il primo decreto si supera l'iniziale distinzione tra fondi DOC (rispondenti ai requisiti di cui all'art. 9, D.Lgs. 502/1992) e fondi non DOC (tutti gli altri fondi sanitari) introdotta dal D.Lgs. 41/2000 che prevedeva che i fondi non DOC, ovvero casse e fondi che offrono coperture sanitarie di tipo sostitutivo, subissero una graduale riduzione del beneficio fiscale in caso di mancato adeguamento ai requisiti previsti dal D.Lgs. 502/1992. Inoltre, con l'art. 2, si è provveduto alla creazione di una normativa per l'istituzione dell'anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute.

Con il secondo decreto furono definite le procedure e le modalità del funzionamento dell'anagrafe dei fondi integrativi. I suddetti decreti però, se da un lato hanno il merito di aver creato una sostanziosa disciplina di base, dall'altro non sono riusciti dal chiarire tutti i dubbi sulla sanità integrativa.

Il legislatore ha così avviato un tentativo di convergenza dei fondi non DOC nei fondi DOC. Infatti, a partire dell'anno 2010, i fondi non DOC sono stati equiparati ai fondi DOC purché attestino, su base annua, di aver erogato prestazioni caratteristiche dei fondi DOC, ovvero prestazioni di tipo sociosanitario o odontoiatrico in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo

delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti. In sostanza, mentre il fondo DOC è iscritto di diritto, per sua struttura, all'anagrafe dei fondi sanitari, i fondi non DOC, qualora decidano di voler far parte dell'anagrafe dei fondi sanitari, dovranno destinare, anche ai fini dei benefici fiscali, il 20% delle risorse raccolte alla LTC o all'odontoiatria.

La ragione alla base di questa quota parte imposta ai fondi di tipo non DOC è basata sull'idea di rafforzare due aree di prestazione che in Italia non sono adeguatamente coperte ma di cui il SSN non può farsi carico data la loro elevata onerosità.

Cresce di conseguenza l'importanza ed il ruolo dell'anagrafe dei fondi che diventa un ente deputato allo svolgimento di due funzioni di base irrinunciabili per il mantenimento di un sistema multi-pilastro ovvero:

- censire tutti gli organismi che operano nel settore della sanità integrativa, in maniera da agevolarne la cooperazione con il SSN;
- verificare il rispetto della soglia del venti per cento delle prestazioni sanitarie sopra citate.

Alla suddetta anagrafe annualmente devono essere fatti pervenire da parte di enti, casse e società di mutuo soccorso: atto costitutivo, regolamento, nomenclatura delle prestazioni garantite, bilancio preventivo e consuntivo, modelli di adesione relativi al singolo iscritto. Questo ente manca però ad oggi della funzione di controllo dei dati forniti da parte dei fondi, non andando di fatto a verificare nel pratico che questi numeri siano coerenti con le prestazioni realmente erogate (Fondazione GIMBE, 2019), andrebbe dunque rivista la funzione dell'anagrafe andando a ragionare in un'ottica di maggior controllo sull'attività dei terzi paganti.

In generale uno dei propositi del decreto Turco era quello di fare più chiarezza possibile sulla tematica dei fondi sanitari integrativi, che nel tempo ha dato l'impressione di esser stata più subita che gestita da parte dell'agente pubblico. Ma questo proposito è stato realizzato soltanto in maniera parziale e lacunosa: un fondo sanitario integrativo non presenta ad esempio una fattispecie giuridica di riferimento. Teoricamente le forme che possono essere assunte sono quelle di: associazioni riconosciute, associazioni non riconosciute e società di mutuo soccorso. Attualmente la maggior parte degli attori presenti sul mercato fa riferimento alla forma di

soggetti giuridici di natura associativa, ai sensi dell'art. 36 del codice civile. Un'altra critica che viene mossa al suddetto decreto è quella di rendere deducibili le cifre utilizzate per i fondi non DOC soltanto dal reddito di lavoro dipendente, quando potrebbe essere più interessante allargare la suddetta deduzione anche al reddito complessivo. Con l'attuale status quo infatti i lavoratori autonomi o soggetti che si scrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi sono esclusi dai suddetti benefici, e tenendo conto che il 38% degli iscritti a fondi sanitari hanno una prevalenza di reddito da lavoro autonomo l'idea di allargare i benefici anche ai non lavoratori dipendenti sicuramente garantirebbe una maggior parità di trattamento degli iscritti.

Altra questione fiscale non adeguatamente trattata dal decreto Turco è quella per cui un fondo viene riconosciuto come DOC convergente (ovvero un fondo non DOC che però ha erogato il 20% di prestazioni in odontoiatria ed assistenza a lungo termine) soltanto alla fine dell'anno, mentre molti operatori del settore riconoscono le deduzioni in busta paga mensilmente, andando in questo modo a creare una situazione in cui l'operatore deve fornire un regime di detrazione senza sapere in quale delle due macrocategorie verrà inserito alla fine dell'anno dall'anagrafe dei fondi sanitari.

La suddetta soglia di risorse vincolate del 20% va ad incorrere in un altro tipo di paradosso, ovvero il restante 80% delle prestazioni è di tipo sostitutivo rispetto al sistema sanitario nazionale, dunque l'agente pubblico va ad effettuare uno sgravio fiscale su prestazioni che già effettivamente offre. Altra questione non totalmente chiarita dalla giurisprudenza è la possibilità dei fondi di assicurarsi contro il rischio di insolvenza, ma essendo come detto in precedenza, all'incirca la metà dei fondi sanitari di proprietà di enti assicurativi, si utilizza quello che dovrebbe essere un ambito no profit per alimentare il business del settore assicurativo (Fondazione GIMBE, 2019).

In conclusione, alla luce della normativa attuale, la discussione sui Fondi sanitari rimane aperta: sono presenti ancora equivoci tra regime di prestazioni integrative o sostitutive, l'offerta è molto frammentata ed eterogenea, le agevolazioni fiscali sono da rivedere per evitare di creare disparità, ed è ancora scarsa l'attenzione nei riguardi

delle malattie croniche e dell'autosufficienza seppur è un tema di discussione ed approfondimento tra gli attori coinvolti.

Ad oggi tutta la popolazione risulta coperta da assicurazione pubblica. Tuttavia, questo dato non comporta l'impossibilità di sottoscrivere un contratto di assicurazione privata per i cittadini. A fine 2017 erano oltre 13 milioni i cittadini italiani assicurati dalla sanità integrativa (VIII Rapporto RBM - CENSIS) con una percentuale di popolazione di circa il 22% coperta da una forma privata di assicurazione. Il contributo fondamentale viene dato dai Fondi Integrativi contrattuali (45,45%) e dalle polizze collettive (37,01%) alimentate in buona parte dalla contrattazione aziendale che rappresentano oltre 10 milioni di assistiti. Le polizze collettive sono stabili su 2,3 milioni di assicurati (17,54%) (fig. 6).

Ma, attualmente, chi sta beneficiando del secondo pilastro?

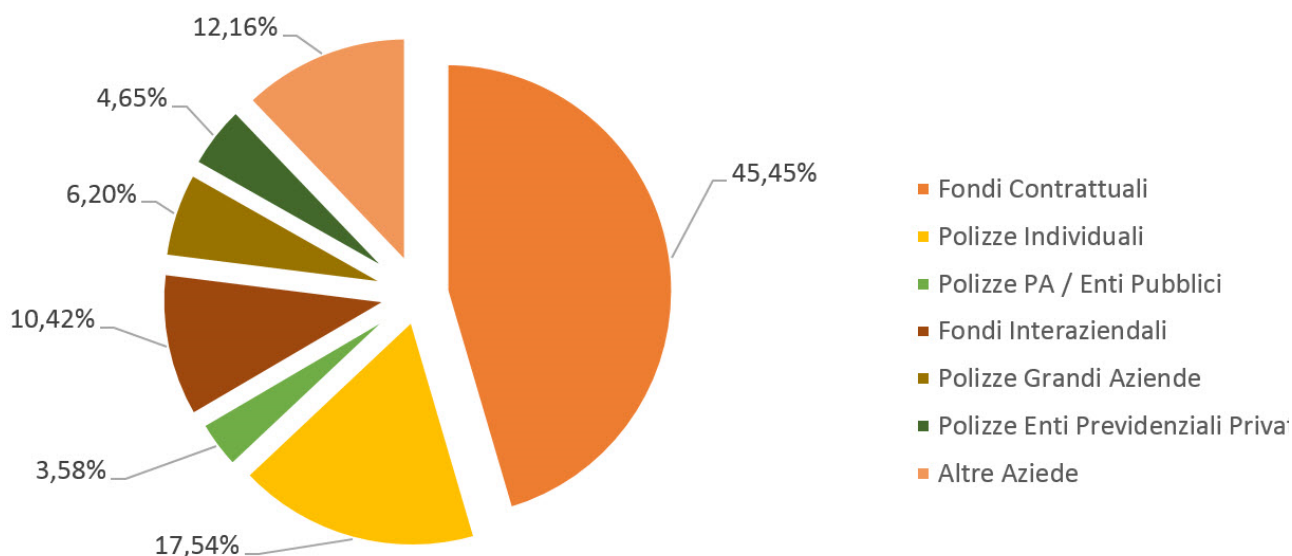
L'odierno impianto della sanità integrativa è fortemente collegato alla sua natura occupazionale. In particolare i Fondi sanitari contrattuali si prendono cura dei lavoratori prevalentemente durante l'attività lavorativa non includendo sempre i nuclei familiari e la fase post lavorativa del pensionamento. Nel mondo del lavoro dove sono oltre il 50% i lavoratori coperti da forme di sanità integrativa. Cresce anche la parte degli autonomi dove circa il 37% risulta coperto mentre gli imprenditori faticano un po' (solo il 12% ha

aderito ad una forma integrativa). L'anello debole in termini di copertura restano i pensionati che risultano solo il 3%. Di conseguenza la rappresentazione per fascia di età. Della media italiana di 2,2 assicurati su 10 con la sanità integrativa, abbiamo in particolare che 1,1 su 10 ha più di 60 anni, 3,9 su 10 sono compresi in età lavorativa (da 30 a 60 anni), mentre i più penalizzati sembrano essere i giovani che risultano assicurati meno di 1 su 10 (0,6 su 10 per la fascia d'età 11-30 e 0,8 su 10 per la fascia d'età 0-10).

Come detto, l'altra caratteristica importante dei fondi sanitari e la non selezione del rischio. Ad oggi la sanità integrativa è strutturata prevalentemente per prendere in carico l'area della prevenzione, degli accertamenti, della diagnostica e della specialistica (circa 3 assistiti su 10 sono sani o non presentano uno stato di malattia in fase acuta) accompagnando gli assicurati anche durante le fasi più acute (circa 4 assistiti su 10 presentano forme acute di malattia). Non è nemmeno da trascurare il contributo messo a disposizione per i malati cronici (circa 1,3 su 10 ha una copertura assicurativa) e per i pazienti non autosufficienti (al 2017 erano 0,6 su 10 ma l'attenzione sulla LTC è in rapida crescita da parte dei fondi sanitari).

Ancora la distribuzione per territorio che, data la forte correlazione con il mondo del lavoro, è collegata al tessuto produttivo del Paese e all'incidenza in ciascuna macroarea di contratti collettivi nazionali di lavoro che abbiano

Fig. 6 - Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per contraente 2017 (Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute Spa su dati Previmedical)



già attivato la sanità integrativa nell'ambito del loro sistema di welfare.

Analizzando infine per fascia di reddito, si nota che la sanità integrativa non è solo ad appannaggio dei più ricchi anche se il numero dei cittadini assicurati cresce all'aumentare della fascia di reddito. La distribuzione complessiva degli assicurati mostra una media più alta di quella nazionale da 15.000 euro di reddito in su mentre solo 1,2 cittadini su 10 con reddito fino a 15.000 euro annui risulta iscritto ad una forma integrativa sanitaria.

Su quest'ultima evidenza si potrebbe aprire un dilemma di carattere etico-culturale ovvero: in che modo reddito e cultura vanno a concorrere nella sottoscrizione di polizze sanitarie integrative? È una ragione meramente economica per la quale un cittadino con più disponibilità, potendo permettersi un più ampio spettro di scelta di destinazione delle proprie finanze, decide di affidarsi ad un terzo pagante, oppure siamo di fronte ad una più profonda ragione di carattere culturale, per la quale i cittadini appartenenti alle fasce reddituali deboli non sono sufficientemente informati sul secondo pilastro? Nel secondo caso si apre un'altra questione da non sottovalutare, ovvero a chi debba essere attribuito l'onere di provvedere ad un'adeguata e diffusa conoscenza sui fondi sanitari. La logica farebbe propendere verso il sistema sanitario nazionale, che teoricamente da una posizione di massimo disinteresse, e anzi nel pieno interesse del cittadino, dovrebbe educare a questo argomento di crescente importanza. Sicuramente

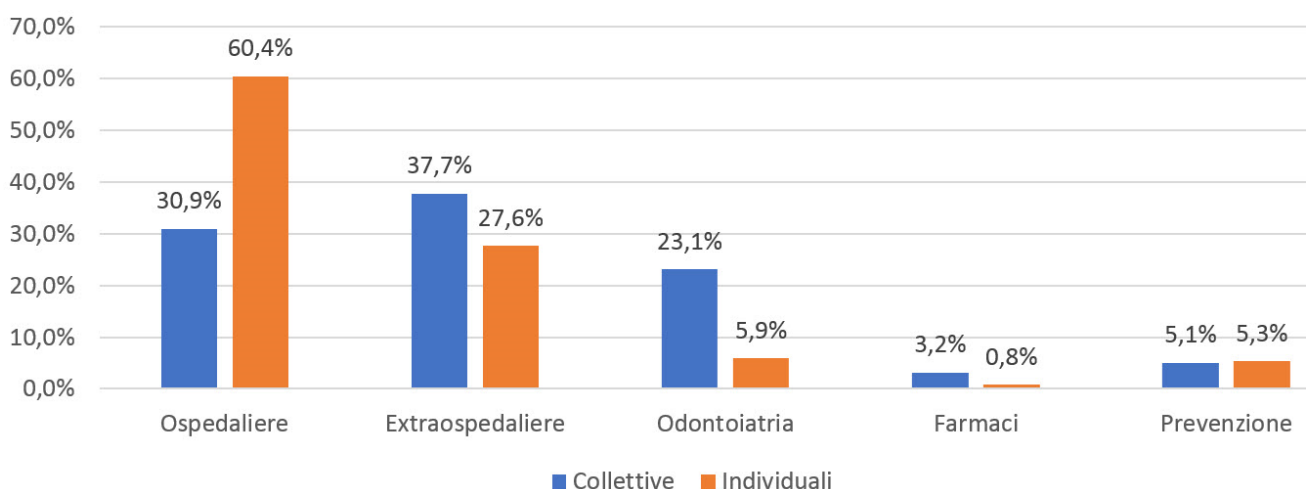
non è un compito che può essere affidato ai terzi paganti stessi, che troppo spesso fanno informazione non sempre trasparente con i dati di attori differenti del settore che si smentiscono reciprocamente, rendendo a volte difficile una ricerca ed una trattazione il più possibile oggettiva.

Per concludere vediamo quanto e cosa rimborsano i fondi sanitari. Nel 2017 l'importo erogato dai fondi sanitari e dalle polizze collettive è stato di 5,8 miliardi di euro ed era così distribuito. Per i fondi sanitari il 38% dei rimborsi riguardava aree di diagnostica o specialistica, dunque prestazioni extraospedaliere. Il 31% in area ospedaliera, il 23% nel settore dell'odontoiatria, il 5% in prevenzione e i 3% in farmaci. Le polizze sanitarie individuali, invece, hanno erogato il 60% dei propri rimborsi in area ospedaliera, il 28% in diagnostica e specialistica, il 6% in campo odontoiatrico, il 5,7% in prevenzione e lo 0,3% in farmaci (RBM assicurazione salute, 2018) (fig. 7).

La Conferenza Stato-Regioni, a dicembre 2019, ha approvato definitivamente il Patto per la Salute 2019-2021. Con questo documento si è voluta rafforzare la centralità ed il ruolo della sanità pubblica italiana che tuttavia si trova di fronte ad importanti sfide a partire dall'invecchiamento della popolazione.

Tra quanto previsto dal nuovo patto, è di notevole importanza l'aumento delle risorse pubbliche destinate al SSN per il triennio 2019-2021 che saranno circa 3,5 miliardi in più e che verranno investiti sulla sanità pubblica. Un altro punto cruciale riguarda i LEA. L'obiettivo è "di

Fig. 7 - Prestazioni sanitarie erogate dalla sanità integrativa (Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute Spa su dati Previmedical)



completare al più presto il percorso di attuazione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Nuovi LEA”, attraverso l’approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l’entrata in vigore dei relativi nomenclatori sull’intero territorio nazionale”. Un ruolo chiave lo avrà la Prevenzione attraverso lo sviluppo dei servizi di tutela e di prevenzione della salute per poter rispondere meglio al “mutato contesto socio-epidemiologico, l’allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l’aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multipatologie sul singolo paziente”. Infine si è tornati sull’argomento dei fondi sanitari integrativi. Con questo documento “Si conviene di istituire un gruppo di lavoro ... che entro sei mesi dalla sottoscrizione del patto, concluda una proposta di provvedimento volta all’ammodernamento ed alla revisione della normativa sui fondi sanitari ai sensi dell’art. 9 del D.Lgs. 502/1992 e smi, e sugli altri enti e fondi aventi finalità assistenziali, al fine di favorire la trasparenza del settore, di potenziare il sistema di vigilanza, con l’obiettivo di aumentare l’efficienza complessiva del settore a beneficio dell’intera popolazione e garantire un’effettiva integrazione dei fondi con il Servizio sanitario nazionale”.

Si prevede quindi una riforma dell’intero settore della sanità integrativa con l’obiettivo di integrarla effettivamente con il SSN con quest’ultimo che resta il pilastro a livello nazionale e la sanità integrativa che dovrà svolgere un ruolo complementare. Ma purtroppo ad oggi non dice come si raggiungerà questo obiettivo.

3. La gestione della pandemia da COVID-19

Durante l’emergenza da Coronavirus, molti italiani si sono visti costretti a posticipare, sospendere o addirittura rinunciare a cure e terapie mediche. Già durante il primo *lockdown* di marzo e aprile, infatti, molte prestazioni considerate non urgenti sono state cancellate e rinviate a periodi migliori. Tale situazione ha colpito maggiormente le fasce più fragili della popolazione, come ad esempio gli anziani, i malati cronici, i pazienti oncologici e i disabili.

Questo improvviso stravolgimento ha fatto sorgere negli italiani nuove esigenze e nuove opinioni riguardo ai servizi a tutela della salute. Il *lockdown*, infatti, ha fatto emergere, la grande utilità di servizi come il teleconsulto o il videoconsulto medico o della ricetta dematerializzata e ha messo in risalto l’importanza del ruolo della sanità privata nella gestione della fase emergenziale e post emergenziale.

Nei mesi di marzo e aprile il sistema sanitario nazionale ha vissuto giorni drammatici, du-

Tab. 1 - Casi Positivi SARS-CoV-2 (Fonte: Ministero della Salute - dati aggiornati al 3 dicembre 2020)

REGIONE	POSITIVI SARS-CoV2					Dimessi guariti	Deceduti	Casi totali	Incremento casi totali (rispetto al giorno precedente)	Totale persone testate	Totale tamponi effettuati (processati con test molecolare)	Incremento tamponi (rispetto al giorno precedente)
	Ricoverati con sintomi	Terapia intensiva		Isolamento domiciliare	Totale attualmente positivi							
		Totale ricoverati	Ingressi del giorno									
Lombardia	7.025	836	32	110.470	118.331	278.058	22.626	419.015	3.751	2.383.936	4.179.837	36.271
Piemonte	4.459	366	10	65.181	70.006	96.473	6.452	172.931	2.230	982.816	1.619.813	26.163
Campania	2.041	162	0	100.371	102.574	56.177	1.818	160.569	2.295	11.187.787	1.639.868	24.709
Veneto	2.501	307	30	67.795	70.603	79.905	3.982	154.490	3.581	1.077.351	2.841.581	21.636
Emilia-Romagna	2.668	245	14	67.324	70.237	51.674	5.959	127.870	1.766	1.097.761	2.174.960	17.979
Lazio	3.233	364	23	89.282	92.879	29.616	2.514	125.009	1.769	1.852.335	2.288.573	22.793
Toscana	1.467	272	18	33.691	35.430	67.618	2.756	105.804	929	971.080	1.606.027	14.469
Sicilia	1.465	221	15	38.094	39.780	26.432	1.650	67.862	1.294	674.771	992.813	10.581
Puglia	1.621	226	33	39.902	41.749	15.912	1.588	59.249	1.602	555.325	812.781	8.753
Liguria	932	102	4	10.424	11.458	38.887	2.449	52.794	422	294.667	614.263	4.957
Friuli Venezia Giulia	629	59	7	14.195	14.883	17.146	941	32.970	772	290.494	744.835	9.970
Marche	526	88	5	18.335	18.949	10.793	1.298	31.040	476	244.290	420.304	3.178
Abruzzo	698	76	8	17.054	17.828	10.428	940	29.196	395	241.874	424.370	4.400
P.A. Bolzano	428	35	0	10.752	11.215	12.789	558	24.562	374	150.436	317.314	2.719
Umbria	344	54	2	6.364	6.762	17.314	440	24.516	286	228.438	428.429	3.508
Sardegna	593	66	9	13.561	14.220	8.196	462	22.878	538	323.045	384.979	5.548
Calabria	399	32	2	10.160	10.591	6.629	322	17.542	280	362.057	372.492	2.782
P.A. Trento	404	45	4	2.083	2.532	13.200	674	16.406	239	138.153	385.118	3.574
Basilicata	161	20	0	6.224	6.405	2.023	158	8.586	131	155.787	156.657	1.700
Valle d'Aosta	113	11	0	994	1.118	5.177	324	6.619	42	34.276	61.669	296
Molise	65	10	1	2.357	2.432	2.362	127	4.921	53	87.258	94.388	743
TOTALE	31.772	3.597	217	724.613	759.982	846.809	58.038	1.664.829	23.225	23.333.937	22.561.071	226.729

Note:

La Regione Emilia Romagna comunica che in seguito a verifica sui dati comunicati nei giorni passati sono stati eliminati 6 casi.
La Regione Campania comunica che il dato sugli ingressi in TI del giorno è in corso di definizione.
La PA Bolzano comunica che il dato sugli ingressi in TI del giorno è in corso di definizione.

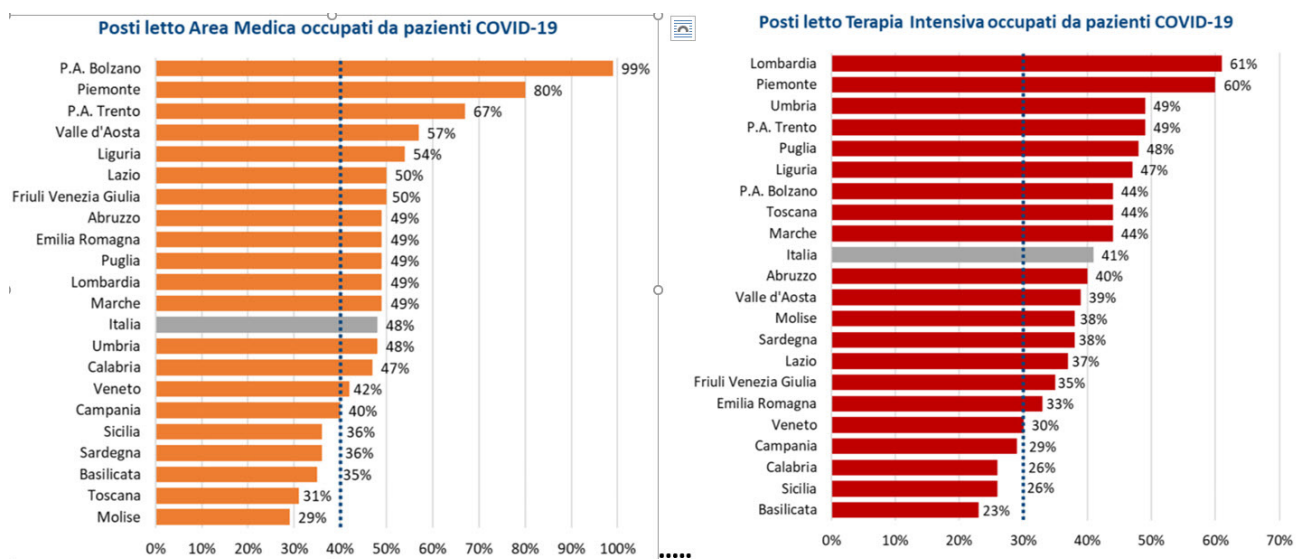
rante i quali è stata necessaria una rapida riorganizzazione delle strutture sanitarie con l'allestimento di reparti per i malati di COVID-19, laddove possibile. L'allentamento estivo della forza della pandemia è durato poco e, ad oggi, la situazione è ancora critica. A dicembre, la situazione negli ospedali italiani si presenta ancora drammatica con circa 32.000 persone ricoverate con sintomi e circa 3.600 pazienti in terapia intensiva (tab. 1).

Particolare attenzione, fin dall'inizio dell'emergenza, è stata rivolta ai posti letto in terapia intensiva che sono, ancora oggi, uno dei principali indicatori tenuto sotto controllo da tutti gli organi politici e tecnici. Infatti, trattandosi dell'ultima speranza di cura per una malattia che può colpire l'apparato respiratorio in modo molto aggressivo, molte volte abbiamo sentito dire dai medici che si potrebbe correre il rischio di decidere chi salvare e chi, purtroppo, dover lasciar morire per mancanza di posto. Sempre ad inizio dicembre, la situazione dei posti letto occupati, non solo in terapia intensiva ma anche in area medica, da pazienti affetti da COVID-19 è ben oltre le soglie critiche individuate dal Comitato Tecnico-Scientifico. I posti letto occupati da pazienti COVID-19 in area medica è oltre il 40% con una media nazionale del 48% e 15 regioni sono oltre la soglia critica. Anche le terapie intensive occupate da pazienti COVID-19 presentano una media nazionale del 41% ben superiore a quel 30% individuato come soglia critica e con 16 regioni che sono già oltre

i livelli di "tranquillità". Naturalmente, con questi tassi di occupazione elevati, i pazienti COVID-19 hanno già invaso tutti gli altri reparti ospedalieri limitando la possibilità di curare pazienti con altre patologie determinando così il rinvio di altre prestazioni, interventi chirurgici inclusi generando una forte iniquità nell'accesso ai servizi sanitari tra pazienti COVID e pazienti non COVID (fig. 8).

Tutto il personale sanitario sta lavorando a ritmi serrati e molti medici e infermieri si sono spostati, soprattutto durante la prima ondata, all'interno del Paese per convergere nelle aree maggiormente colpite dal virus. Il D.L. 9 marzo 2020 aveva infatti disposto che "al fine di impiegare il personale sanitario delle strutture pubbliche o private prioritariamente nella gestione dell'emergenza, le regioni potranno rimodulare o sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria". A seconda dei territori, sono stati adottati provvedimenti diversi come ad esempio la sospensione degli interventi chirurgici ordinari e l'uso di sale operatorie, limitandolo a urgenze, interventi salvavita e oncologici. In generale, da nord a sud, il sistema sanitario ha subito in questi mesi un forte contraccolpo dovuto al COVID-19 e le misure di sicurezza e distanziamento, insieme alle forti limitazioni degli spostamenti, hanno messo ulteriormente a rischio lo svolgimento di visite e terapie. Questi cambiamenti hanno quindi comportato una drastica

Fig. 8 - Occupazione posti letto di pazienti COVID-19 (Fonte: Elaborazione GIMBE da dati AGENAS - Dati aggiornati al 1° dicembre 2020)



riduzione delle prestazioni di carattere non urgente nei primi mesi del *lockdown* acuita durante la seconda ondata di contagio. Cominciando dalle visite specialistiche e dagli esami di routine per arrivare ai percorsi terapeutici, c'è stata una sospensione o riprogrammazione per moltissimi pazienti.

Per i pazienti oncologici, che nel nostro paese sono almeno 2,5 milioni, l'emergenza sanitaria è stata particolarmente impegnativa. La loro condizione di fragilità, infatti, li ha esposti maggiormente al rischio di contrarre il virus, e la situazione drammatica del sistema sanitario nazionale ha costituito un elemento di criticità nella gestione di diagnosi, cura e *follow-up*. Purtroppo sono già in molti a prevedere che la prossima emergenza sanitaria riguarderà loro e la mancanza di prevenzione porterà a moltissimi nuovi casi che si sarebbero potuti evitare.

A fine aprile la Società Italiana di Cardiologia ha pubblicato i dati di una ricerca condotta in 54 ospedali accademici e non, nella settimana tra il 12 e il 19 marzo: nelle strutture, gli accessi al pronto soccorso per infarto miocardico sono drasticamente calati rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Di contro, la mortalità per infarto acuto è quasi triplicata, mentre le procedure salvavita si sono ridotte del 40%. L'aumento, quindi, è dovuto al fatto che, intimorite dalla possibilità di contrarre il coronavirus, molte persone non si sono recate in ospedale o lo hanno fatto tardi. Inoltre, sulla questione ha pesato il fatto che alcuni reparti di cardiologia siano stati destinati all'emergenza. I dati, come indicato, sono di marzo ed in 8 mesi la situazione purtroppo non ha registrato miglioramenti. Molti esperti avevano più volte lanciato l'allarme fin da subito: sebbene fosse necessario fronteggiare la pandemia con tutti i mezzi a disposizione, non bisognava dimenticare le altre malattie e la condizione in cui versano molti pazienti cronici, come i cardiopatici. Questi sono solo alcuni esempi ma la situazione è analoga in tutte le aree ospedaliere.

3.1 I fondi straordinari per il sistema sanitario

Quindi il sistema sanitario è stato sottoposto ad un fortissimo stress in seguito all'improvviso propagarsi della pandemia e purtroppo non è riuscito a prepararsi alla prevista seconda ondata nonostante i mezzi economici straordinari

messi a disposizione dal Governo. L'impreparazione mostrata dal SSN nella capacità di garantire un doppio registro di assistenza, ai pazienti COVID e non COVID, è in parte dovuta al continuo depotenziamento negli anni sulla sanità ma anche dalle inefficienze e ritardi dell'intero sistema durante la stessa pandemia. Vediamo allora gli interventi garantiti in favore della sanità in questo periodo molto turbolento.

Precedentemente abbiamo visto come già a fine 2019, con la sottoscrizione del Patto per la Salute 2019-2021, veniva confermato quanto già definito nella legge di bilancio 2019 circa il livello di finanziamento del SSN per il triennio 2019-2021. In particolare veniva fissato in 116.474 milioni il fabbisogno sanitario nazionale standard per il 2020 ed in 117.974 milioni quello per il 2021.

In seguito all'emergenza COVID il Governo ha mobilitato risorse, a valere sul 2020 per la sanità, per oltre 10 miliardi al fine di rafforzare in modo strutturale la rete ospedaliera, per garantire la dotazione necessaria di personale, strumenti e mezzi al sistema sanitario, alla protezione civile e alle forze dell'ordine per assistere le persone colpite dalla malattia e per la prevenzione, la mitigazione ed il contenimento dell'epidemia.

Con il documento di economia e finanza 2020, il fabbisogno sanitario standard per il 2020 è stato incrementato a 119.556 milioni portando la spesa sanitaria ad un +3,6% rispetto al 2019 con una incidenza stimata, per l'anno in corso, al 7,2% sul PIL. Tale crescita viene prevista più bassa per il 2021 dove si stima un +1,3% rispetto al 2020 ed una incidenza sul PIL al 6,9%.

Il primo provvedimento adottato dal Governo durante il *lockdown*, il D.L. 17 marzo 2020, n. 18 (c.d. "Cura Italia"), è stato emanato al fine di fronteggiare la prima emergenza e introdurre le prime misure urgenti di sostegno per le famiglie, lavoratori e imprese assicurando un primo supporto economico a chi ha accusato fin da subito problemi legati alla pandemia. Con tale provvedimento è stato incrementato di 1.410 milioni il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard impegnando le Regioni e le Province autonome ad utilizzare le maggiori risorse redigendo un Programma operativo per la gestione dell'emergenza. Le maggiori risorse sono state finalizzate a remunerare le prestazioni di lavoro straordinario del

personale sanitario durante il *lockdown* ed a potenziare la rete di assistenza nonché per il reclutamento di personale medico sanitario. Inoltre è stato incrementato di 1.650 milioni il fondo per le emergenze nazionali, messo a disposizione del Dipartimento di Protezione Civile e del Commissario straordinario, per l'acquisto di impianti di ventilazione assistita, presidi sanitari dispositivi medici, DPI e quanto necessario per contrastare ed affrontare l'emergenza.

Con la fine del *lockdown* ed il rallentamento della corsa dell'epidemia, con il D.L. 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "Decreto Rilancio"), il Governo ha stanziato ulteriori risorse con l'intento di far ripartire la macchina Italia continuando a potenziare il sistema sanitario ancora sotto stress. Sono state introdotte ulteriori misure urgenti per un valore complessivo di circa 55 miliardi. Tali misure hanno riguardato tutte le aree colpite dalla pandemia (salute, sicurezza, imprese, lavoratori, famiglie, enti territoriali, ecc.). Per potenziare il settore sanitario viene autorizzato un nuovo incremento per il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per oltre 1.256 milioni per rafforzare l'assistenza territoriale tra cui l'assistenza domiciliare integrata, gli infermieri di famiglia/comunità e le Unità speciali di continuità territoriale (USCA) e viene rifinanziato il Fondo per le emergenze con ulteriori 1.500 milioni di cui 1.000 milioni a disposizione del Commissario straordinario per gli interventi di sua competenza. Un importante intervento, infine, riguarda il potenziamento della rete ospedaliera ed i pronto soccorso cui vengono stanziati, solo per il 2020, oltre 1.467 milioni. Inoltre vengono stanziati 431 milioni per diversi interventi sul personale sanitario e 95 milioni per finanziare 4.200 contratti di specializzazione medica in più.

Successivamente, il Governo ha varato il D.L. 14 agosto 2020, n. 104 con ulteriori misure urgenti per il sostegno ed il rilancio dell'economia nazionale. Per quanto riguarda la sanità viene disposto l'incremento, per il 2020, del fabbisogno sanitario per circa 500 milioni finalizzati a sostenere gli oneri, da parte di regioni e province autonome, per il recupero dei ricoveri ospedalieri che non è stato possibile assicurare durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening da erogare fino al 31

dicembre 2020. Viene infine incrementato di altri 580 milioni il fondo per le emergenze nazionali per le attività del Commissario straordinario per l'attuazione ed il coordinamento delle misure occorrenti per contenere e contrastare l'avanzata dell'epidemia tra le quali le attività connesse all'inizio dell'anno scolastico, le attività di ricerca, sviluppo e acquisto di vaccini monoclonali.

L'enorme sforzo economico, mai visto in precedenza, oltre a fronteggiare le criticità di breve termine, nelle intenzioni del Governo, ha voluto porre le basi per un sistema sanitario nuovo e più efficiente. In particolare gli obiettivi principali per il SSN riguarderanno il miglioramento nella qualità dell'assistenza, nella capacità ricettiva degli ospedali con l'aumento dei posti in terapia intensiva, la tempestività di risposta alle patologie infettive gravate da alta morbilità e mortalità nonché ad altre emergenze sanitarie. Si investirà nella digitalizzazione dell'assistenza medica ai cittadini promuovendo la diffusione del fascicolo sanitario elettronico e la telemedicina. Altro tassello da potenziare riguarderà le cure a domicilio per superare le carenze mostrate dal sistema delle RSA, il principale punto debole della prima ondata.

3.2 Impatto della pandemia sull'assistenza sanitaria

Oltre all'impatto che il COVID-19 ha avuto sulla mortalità e sul sistema sanitario, vanno registrati anche gli effetti sugli altri percorsi assistenziali che sempre più stanno emergendo man mano che aumentano le evidenze delle conseguenze sulla salute dei cittadini che hanno avuto la redistribuzione delle risorse sanitarie e la temporanea riorganizzazione dei percorsi di cura all'interno degli ospedali pubblici e privati in questo periodo pandemico. In particolare, come già accennato, le preoccupazioni maggiori riguardano le patologie cardiovascolari e quelle oncologiche in cui l'impatto del COVID-19 è stato rilevante data la particolare suscettibilità al contagio ed ai molto probabili effetti fortemente negativi sui pazienti affetti da queste patologie.

Andando più nel dettaglio dei percorsi assistenziali, è interessante il lavoro svolto dal gruppo di lavoro "Mimico-19" che ha analizzato i dati di 7 regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Sicilia) per monitorare gli effetti sanitari collaterali della pandemia. I

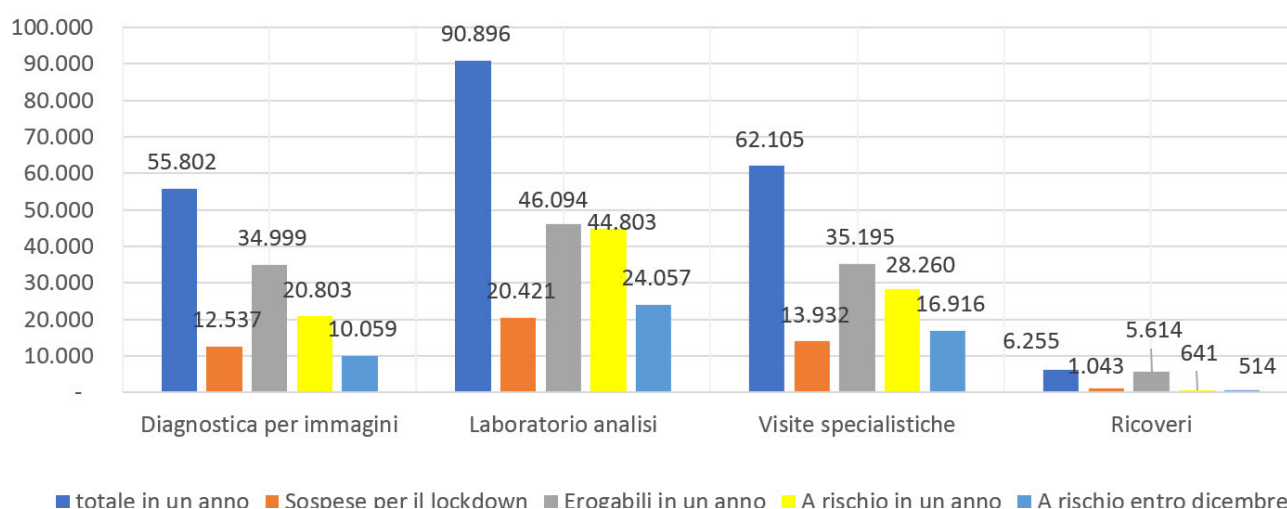
dati presi in considerazione hanno riguardato alcuni indicatori di ricorso all'ospedale. In tutte le regioni, si è osservata una riduzione degli accessi al Pronto Soccorso rispetto alla media dei due anni precedenti con punte di circa il 70% di accessi in meno. In particolare la riduzione del ricorso al Pronto Soccorso ha riguardato i codici verdi e bianchi con un potenziale effetto virtuoso relativo all'appropriatezza nel ricorso ai servizi di emergenza. Sui ricoveri ospedalieri, analizzati per data di dimissione, il decremento del 40% rilevato in tutte le regioni coinvolte alla fine di marzo, si ritiene abbia bisogno di ulteriori approfondimenti. Infatti la riduzione potrebbe essere dovuta a tempi medi di degenza più lunghi dovuti ai ricoveri per COVID-19 che hanno rappresentato la maggior parte dei ricoveri nel periodo preso in esame. Nel campo della chirurgia elettiva, invece, sono stati analizzati sia tutti gli interventi chirurgici che alcuni gruppi di interventi, in particolare in campo oncologico. Gli interventi chirurgici programmati hanno visto una riduzione fino all'80% e la riduzione è coincisa con i tempi di esordio della pandemia nelle diverse regioni. Sugli interventi oncologici, i numeri bassi consigliano cautela, ma nonostante ciò si rilevano riduzioni soprattutto per gli interventi legati al tumore della mammella. Infine interessanti i dati relativi all'azzeramento di interventi non urgenti e ad alta probabilità di inapproprietezza che mostravano già una riduzione prima dello scoppiare della pandemia che potrebbe suggerire una generale tendenza alla diminuzione di procedure potenzialmente inappropriate.

Questi risultati, relativi alla prima ondata, visti gli eventi successivi e le risposte del sistema sanitario, hanno visto solo una frenata nel periodo successivo mantenendosi sempre in territorio negativo rispetto a quanto erogato lo scorso anno nello stesso periodo. Sebbene sia aumentata la conoscenza e migliorata la gestione medica dei pazienti affetti da coronavirus, l'organizzazione interna degli ospedali si sia in parte adeguata alla nuova realtà, la situazione del sistema sanitario nazionale italiano non è affatto tornata alla normalità. Le norme di sicurezza impongono infatti il rispetto di nuovi criteri che determinano una riduzione del livello di operatività delle strutture ospedaliere.

Durante l'estate si era ripreso nuovamente ad erogare anche le prestazioni non urgenti senza però riuscire a recuperare quelle dei mesi precedenti. Durante la prima ondata, il Centro di ricerca in economia e management in Sanità (CREMS) dell'Università Carlo Cattaneo ha stimato in 12,5 milioni gli esami diagnostici saltati, oltre a 20,4 milioni di analisi del sangue, 13,9 milioni di visite specialistiche e almeno un milione di ricoveri (fig. 9).

Tutte queste prestazioni e quelle rinviate durante la seconda ondata, dovrebbero essere recuperate appena possibile (entro giugno 2021 secondo le linee di indirizzo ministeriale ed i fondi stanziati), ma non è detto che ciò possa accadere davvero. Si andrebbero infatti a sommare a tutte quelle prestazioni già prenotate e previste con l'aggravante che le norme di sicurezza impongono protocolli di igiene, sanifica-

Fig. 9 - Le ricadute sull'attività sanitaria (numero di prestazioni in migliaia) (Fonte: Elaborazione CREMS Università Cattaneo su dati del Ministero della Salute)



zione degli ambienti e distanziamenti che portano a un allungamento dei tempi tra una visita (o una terapia) e quella successiva.

I ricoveri non urgenti e non legati al COVID cancellati poiché alcuni reparti erano stati dedicati ai pazienti colpiti dal virus, dovranno ugualmente essere riprogrammati ma anche in questo caso la situazione non sarà facile da gestire: i posti letto a disposizione sono in numero ridotto per via delle norme di sicurezza. Tutto ciò fa facilmente prevedere che quest'anno, inevitabilmente, il numero di prestazioni si ridurrà notevolmente. Alcune proposte fatte dalle Regioni per recuperare quanto non reso hanno riguardato l'allungamento degli orari di prestazione del personale medico, l'assunzione di nuovo personale per potenziare le strutture territoriali che potrebbero supportare gli ospedali, ma anche e soprattutto l'incremento degli investimenti sulla telemedicina. Tuttavia, seppur queste proposte siano praticabili, non è detto che riesca a recuperare quanto non erogato finora.

Tale situazione rende sempre più evidente l'importanza di un supporto forte alla sanità pubblica, anche attraverso una solida alleanza tra pubblico e privato, che consenta di alleggerire il SSN da pressioni, e di prevenire situazioni come quelle vissute durante le fasi più drammatiche dell'emergenza.

Uno scenario che impone di organizzare un sistema di welfare in grado di rispondere alla domanda di assistenza e servizi delle famiglie italiane potenziando la collaborazione fra il settore pubblico e quello privato per fare fronte anche a potenziali emergenze che possano mettere sotto stress l'intero sistema sanitario e minacciarne efficienza e funzionalità.

3.3 Il "caso" della Provincia di Bolzano

Uno studio interessante della Provincia autonoma di Bolzano, anch'essa duramente colpita dalla pandemia, ha definito l'impatto della pandemia da COVID-19 sull'assistenza sanitaria confrontando i periodi marzo-maggio (prima ondata con *lockdown* totale) e giugno-agosto (periodo di recupero) del 2020 rispetto al 2019. I numeri sono purtroppo impietosi e mostrano quanto si è perso a causa del COVID che sarà difficilmente recuperabile in tempi brevi. Come previsto dall'art. 29 del D.L. 104/2020, anche la provincia di Bolzano ha presentato il proprio

piano di recupero delle prestazioni al fine di recuperare quanto non erogato e ritornare ad una normalità sia nelle prestazioni fornite che nei tempi di attesa.

Le prestazioni specialistiche hanno visto una riduzione di oltre il 50% durante il *lockdown* rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente per un totale di oltre 1 milione di prestazioni in meno. Il trimestre successivo ha visto ridurre la differenza rispetto all'anno precedente recuperando circa 40 punti percentuali e portando la riduzione del trimestre a circa il 16% (circa 270 mila prestazioni in meno). In un semestre, la sola provincia autonoma di Bolzano ha registrato oltre 1,3 milioni di prestazioni specialistiche in meno (fig. 10).

Particolare attenzione è stata data al monitoraggio delle "Prime visite" di prevenzione con il triste primato di quelle oncologiche che si sono ridotte di circa il 95% tra marzo e maggio e di circa il 90% nel trimestre successivo. Altre variazioni negative importanti si registrano per la prima visita Cardiologica (-70,1%), Dermatologica (-74,6%), Neurologica (-71,9%) e Diabetologica (-76,8%). La percentuale di variazione si riduce nel secondo trimestre oggetto di analisi attestandosi intorno ad un valore medio del -50% rilevando quindi, seppur minore, mancanza di assistenza sanitaria. Altro dato interessante è il monitoraggio delle visite di controllo che ha registrato percentuali più basse rispetto alle prime visite ma pur sempre con valori oltre il -60% nel periodo marzo-maggio. Da notare un buon +3% rispetto a giugno-agosto 2019 per le visite oncologiche di controllo.

Il rilascio delle esenzioni ticket mostra invece due andamenti contrastanti. Le richieste di esenzione per malattia o invalidità si sono notevolmente ridotte durante la prima ondata (oltre -40% quelle per malattia, -74,5% per invalidità) portandosi a valori quasi in linea con l'anno precedente nel periodo di recupero (circa -10% quelle per malattia e -12,2% quelle per invalidità). Complessivamente non sono state fatte circa 2.200 diagnosi per malattie croniche con un complessivo -25% rispetto al 2019. Significativo invece l'incremento delle richieste di esenzione per reddito cresciute del 6,6% durante il *lockdown* e del 92,7% nel periodo di recupero segno delle conseguenze della pandemia sul tessuto sociale ed economico della Provincia altoatesina.

I Pronto Soccorso degli ospedali della Provincia hanno registrato complessivamente - 46.807 accessi da marzo ad agosto rispetto allo stesso periodo del 2019. La riduzione ha riguardato per lo più i codici meno gravi (con valori intorno al -50%) seppur fa riflettere il -33,8% di accessi in meno per codice rosso (differenza quasi azzerata nel periodo di recupero). La riduzione di accessi ha mantenuto valori intorno al -20% per i codici meno gravi anche nel periodo di recupero e, come detto anche prima, potrebbe essere anche un buon segnale di un possibile effetto virtuoso nel ricorso ai servizi di emergenza.

Infine gli ultimi dati riguardano lo screening mammografico. Durante il *lockdown* l'attività di invito allo screening è stata completamente fermata per l'emergenza e anche nei mesi di recupero non si è riusciti a raggiungere l'obiettivo minimo di mantenere i livelli dell'anno precedente sul numero di donne invitate ad effettuare il controllo. A settembre si è invece registrato un incoraggiante +17,6% rispetto all'anno precedente che fa ben sperare in un veloce recupero. Anche per gli esami effettuati le percentuali sono molto basse (circa -90% nel periodo del *lockdown* e circa -50% nel periodo di recupero). Anche settembre presenta ancora numeri

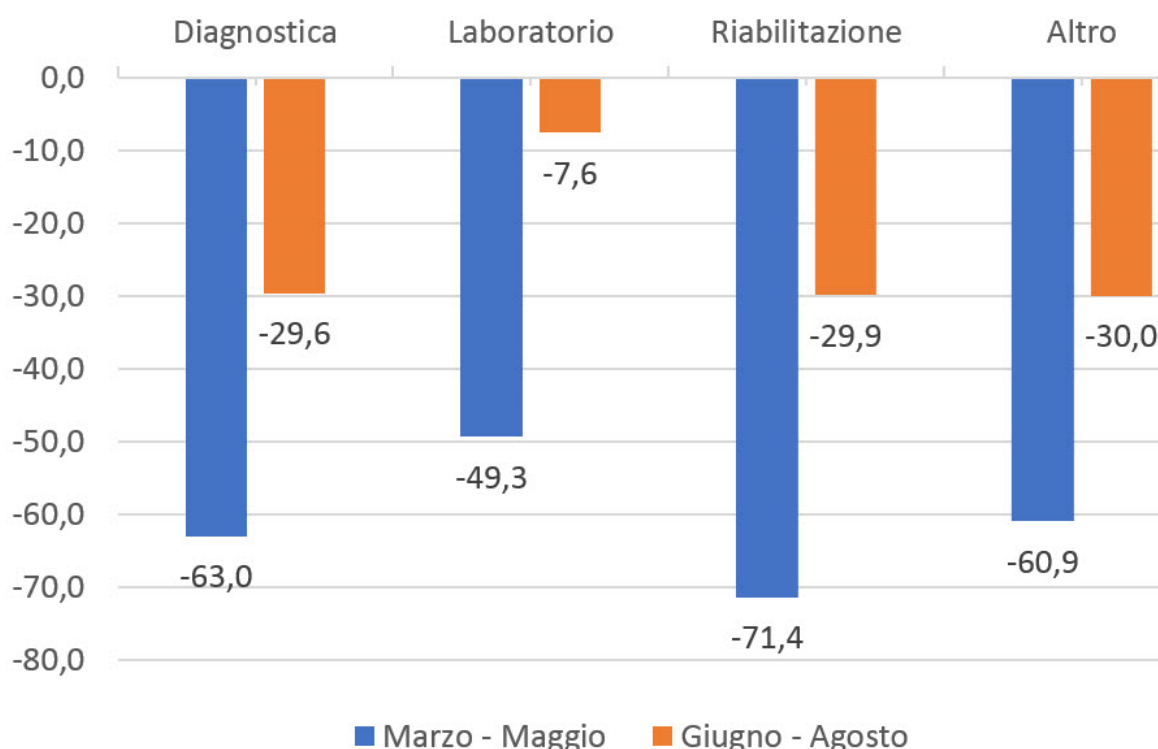
bassi rispetto all'anno precedente (-27%) con oltre 12.000 esami da recuperare nel periodo ottobre-dicembre per mantenersi sui livelli 2019 (fig. 11).

Secondo quanto previsto dall'art. 29 del D.L. 104, la Provincia Autonoma di Bolzano ha presentato il piano operativo provinciale al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero non erogate durante il periodo di emergenza epidemiologica e, contestualmente, abbattere i tempi di attesa. Le misure intraprese dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige possono essere schematizzate in 3 macro misure:

- prestazioni aggiuntive richieste alle equipe mediche soprattutto a quelle che riportavano maggiori criticità rispetto ai tempi di attesa o avevano accumulato un numero consistente di prestazioni non rese durante il periodo d'emergenza marzo-maggio 2020. L'importo previsto per tali prestazioni viene fissato in un massimo di 500.000 euro aumentabili con un provvedimento separato del Direttore Generale;

- coinvolgimento del personale del comparto del SSP ad esclusione del personale dirigente medico, tecnico, amministrativo e professionale nell'ambito di progetti strategici al fine di abbat-

Fig. 10 - Prestazioni specialistiche - variazione % 2020 vs 2019



tere i tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale e fronteggiare il notevole incremento di prestazioni collegate alla gestione dell'emergenza pandemica in atto. Vengono stanziati fondi per un massimo di 150.000 euro aumentabili con provvedimento separato del Direttore Generale;

- convenzioni con strutture private necessarie per poter recuperare tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali ed i ricoveri non effettuati durante il *lockdown*. Tale eventualità si rende necessaria per l'impossibilità materiale in termini di risorse mediche (medici ed infermieri) e di tempo del personale medico attualmente in forza presso gli ospedali della provincia di Bolzano.

3.4 Sanità integrativa

La crisi causata dal COVID-19 ha permesso di riscoprire l'importante ruolo dell'assistenza sanitaria integrativa, per supportare in maniera efficace la piena ripresa in sicurezza delle attività e delle tutele adeguate ai lavoratori. Un ruolo importante è stato rivestito dai fondi di assistenza sanitaria. Con il propagarsi della diffusione del virus, la vera svolta operata dai fondi sanitari è consistita nell'aggiungere, ai piani sanitari ordinari, nuove coperture sanitarie ad hoc legate all'emergenza rivolte ai lavoratori iscritti e, in determinati casi, ai loro familiari con alcune tendenze generali importanti. Da sottoli-

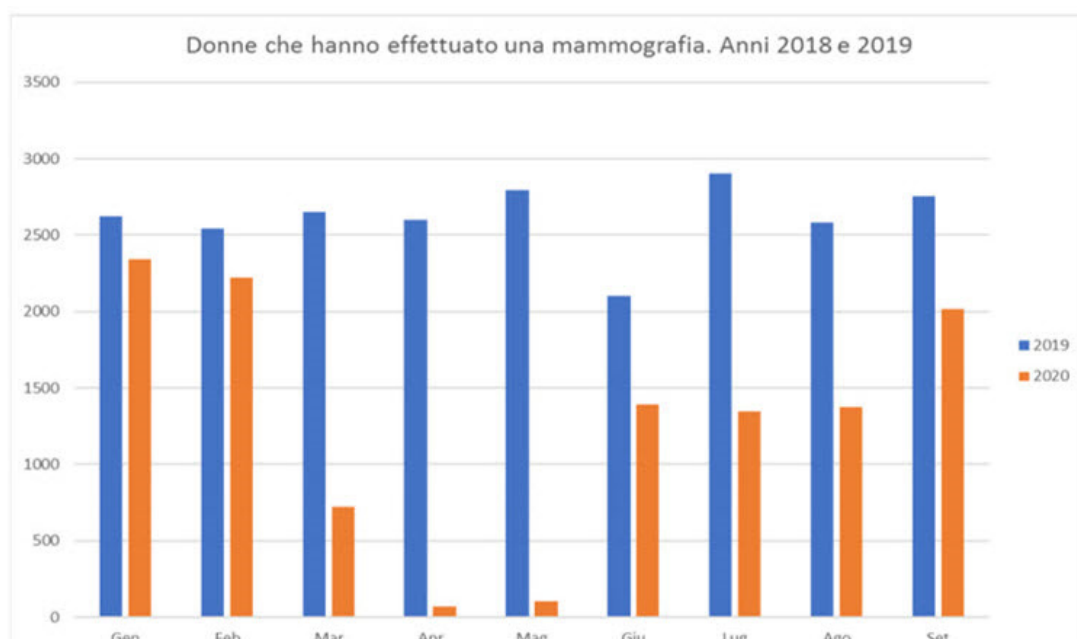
neare che la risposta è stata tempestiva ed ha riguardato, in diversi modi e misure, circa 13 milioni di italiani.

Se l'offerta classica di servizi offerti era incentrata sulle prestazioni legate all'odontoiatria e al recupero della salute, a partire dal mese di marzo tutti i principali fondi contrattuali hanno previsto almeno una specifica indennità da ricovero in caso di positività al tampone da COVID-19. Quasi sempre, a tale indennità si è affiancata una specifica diaria in caso di isolamento domiciliare a seguito di positività.

L'importo dell'indennità, così come il numero dei giorni per i quali la diaria è garantita, variano a seconda dei diversi fondi. In alcuni casi, inoltre, viene riconosciuta un'indennità forfettaria post-ricovero, a volte differenziata in caso di ricovero in terapia intensiva e in alcuni specifici casi estesa agli eredi, in caso di decesso intervenuto prima delle dimissioni, a titolo di contributo per le spese funerarie.

Infine, alcuni fondi hanno previsto specifiche misure di rimborso per supportare una piena ripresa psicofisica dei lavoratori, con contributi per visite pneumologiche, cicli di fisioterapia toracica e iniziative di supporto psicoterapeutico. Va inoltre sottolineato che alcuni fondi, nel promuovere questo tipo di misure, per venire incontro alle aziende in questa complessa fase, hanno sospeso o prorogato gli obblighi contributivi in carico alle imprese.

Fig. 11 - Screening mammografico: esami



Parallelamente all'aggiunta dei pacchetti *ad hoc* legati all'emergenza da parte dei fondi sanitari, molte aziende, specialmente quelle di medio e grandi dimensioni, hanno stipulato specifiche polizze assicurative per i propri dipendenti.

All'interno di questo contesto si inserisce l'importante intervento dell'Agenzia delle Entrate che, con la circolare 11/E del 6 maggio 2020, ha ricondotto i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti, a seguito della stipula di polizze a copertura del rischio di contrarre il COVID-19, nell'ambito delle polizze aventi per oggetto il rischio di gravi patologie, di cui alla lett. f-quater dell'art. 51, comma 2 del TUIR. Ciò significa che tali premi non concorreranno alla formazione del reddito imponibile dei lavoratori interessati.

In questo scenario, la crisi ha permesso di scoprire, attraverso le iniziative delle imprese e delle parti sociali, l'importante ruolo dell'assistenza sanitaria integrativa per accompagnare imprese e lavoratori nella gestione della fase emergenziale.

Con riferimento ai fondi sanitari integrativi, sono diverse le iniziative promosse attraverso la contrattazione collettiva a favore dei lavoratori ai quali si applicano i CCNL di riferimento. Già durante la prima fase dell'emergenza da COVID-19, un numero crescente di fondi di assistenza sanitaria ha ampliato la propria offerta di prestazioni. Si tratta per lo più di coperture specifiche legate a COVID-19 come indennità per ricovero e per isolamento domiciliare, contributi per servizi assistenziali e post ricovero, contributo eredi, rimborso per prestazioni mediche, diagnostiche e infermieristiche effettuate a domicilio.

Analizzeremo di seguito 6 fondi sanitari che hanno adottato soluzioni interessanti e che riguardano ampie platee di lavoratori.

Sanimoda (Settore moda) - Già a fine marzo aveva previsto, senza oneri aggiuntivi, una copertura assicurativa speciale contro i rischi derivanti dal coronavirus, valida retroattivamente dal 1° gennaio e fino al 31 dicembre 2020 per tutti i dipendenti già iscritti al fondo. Tra le prestazioni offerte è presente una diaria giornaliera per ricovero in caso di positività, un'indennità post ricovero a seguito di terapia intensiva e una diaria da isolamento domiciliare.

Metasalute (Settore metalmeccanico) - È stato attivato un piano sanitario integrativo dedicato alla copertura delle sindromi influenzali legate a COVID-19 in aggiunta e senza alcun contributo aggiuntivo per imprese e lavoratori, a quelli già attivi con decorrenza retroattiva. Il piano, rivolto a circa 1,2 milioni di lavoratori del settore metalmeccanico, prevede un'indennità giornaliera a fronte di un ricovero per la cura delle sindromi influenzali di natura pandemica, indennità a titolo di una tantum a seguito di dimissioni da un reparto di terapia intensiva, sub-intensiva o assimilabile. Infine si prevede un contributo destinato agli eredi per le spese funerarie in caso di decesso intervenuto prima delle dimissioni da un reparto di terapia intensiva o sub-intensiva.

San.Arti (Lavoratori dell'artigianato) - Ha dato la possibilità di usufruire di una diaria per ogni notte di ricovero ospedaliero o di isolamento domiciliare in caso di positività al COVID-19 sia ai lavoratori dipendenti che ai volontari iscritti al fondo ma anche a tutti i titolari d'aziende che versano a San.Arti. Altre misure meno specifiche, ma comunque dall'impatto rilevante, hanno riguardato la sospensione dei versamenti da parte delle aziende aderenti al fondo e il rimborso delle franchigie versate dagli iscritti per prestazioni effettuate entro la rete convenzionata di strutture del fondo. Ulteriore novità è quella che dal 20 luglio consente agli iscritti di eseguire il test sierologico quantitativo per la ricerca degli anticorpi al nuovo Coronavirus presso le strutture convenzionate.

Fondo Est (Settore del commercio, turismo e servizi) - Sono state previste, anche qui, delle indennità giornaliere in caso di positività al COVID-19 in caso di ricovero o di isolamento domiciliare. Accanto a queste prestazioni più largamente diffuse, il fondo Est aggiunge anche un contributo per le prestazioni sanitarie di riabilitazione respiratoria per coloro che, a seguito dell'infezione da COVID-19, sono stati affetti da polmonite interstiziale. Infine, per agevolare le esigenze diagnostiche e di assistenza degli iscritti è stata ammessa la possibilità di erogare un rimborso a copertura delle visite mediche, diagnostiche ed infermieristiche effettuate in modalità domiciliare ed è stato consentito l'accesso alle prestazioni fisioterapiche mediante un'autocertificazione del

trauma, senza che fosse necessaria la certificazione dell'infortunio da parte del medico. Sul fronte dei soggetti beneficiari occorre sottolineare l'estensione delle tutele anche per i lavoratori soggetti ad ammortizzatori sociali con causale COVID-19. Infatti, senza questa previsione, tali lavoratori risulterebbero invece scoperti in quanto per loro l'azienda non è tenuta al pagamento dei contributi secondo quanto previsto dal regolamento del fondo. Fino al mese di giugno 2021 è inoltre consentita la prosecuzione volontaria ed individuale della contribuzione anche nei casi in cui il datore di lavoro interrompa il rapporto di lavoro mentre è stata data la possibilità alle aziende di versare i contributi ordinari fino al 31 ottobre. Infine, per i lavoratori, sono stati ampliati i termini per l'accettazione della richiesta di rimborso.

Faschim (Settore chimico farmaceutico) - È stato previsto un pacchetto molto ampio di prestazioni, an-

che qui con efficacia retroattiva per cui il lavoratore positivo al tampone COVID-19 può godere di una diaria giornaliera a seconda che abbia affrontato un ricovero ospedaliero presso il SSN, un ricovero in terapia intensiva oppure un isolamento domiciliare. A ciò si aggiunge un'indennità post-ricovero o post-terapia intensiva. Inoltre, viene data l'ulteriore possibilità di godere di un rimborso per le visite specialistiche effettuate in modalità domiciliare o in video consulto e si estendono di ulteriori tre mesi i termini per la presentazione delle richieste di rimborso delle prestazioni, rispetto a quanto normalmente previsto.

FASIE (Settore Energia e Petrolio, Gas Acqua, Industrie Ceramiche, Lampade e Vetro, Attività Minerarie) - Fin da marzo è stato dedicato un fondo di 200.000 euro da destinare, per solidarietà sanitaria in forma di una tantum di 3.000 euro, a tutti gli iscritti (familiari inclusi) che saranno sottoposti a terapia intensiva per COVID-19. Inoltre tutti

Tab. 2 - Principali prestazioni garantite dai fondi sanitari presi in considerazione

	Sanimoda	MétaSalute	San.Arti	Fondo Est	Faschim	FASIE
Diaria giornaliera ricovero ospedaliero	30 € fino ad un max. di 30 notti	30 € fino ad un max. di 30 notti	40 € fino ad un max. di 50 notti	40 € fino ad un max. di 50 notti	40 € per ricovero ordinario / 60 € se in Terapia intensiva fino ad un max. di 50 notti	55 € fino ad un max. di 90 notti
Diaria per isolamento domiciliare	30 € al giorno fino ad un max. di 14 giorni	—	40 € al giorno fino ad un max. di 14 giorni	40 € al giorno fino ad un max. di 14 giorni	40 € al giorno fino ad un max. di 14 giorni	—
Indennità post-ricovero	1.500 € in caso di ricorso alla terapia intensiva con intubazione	500€ (una tantum) se ricovero in terapia sub intensiva, 1.000€ (una tantum) se ricovero in Terapia Intensiva	—	—	500 € (una tantum) per ricovero ordinario, 2.000€ (una tantum) per ricovero in terapia intensiva	3.000 € (una tantum) per associati, famiglia o conviventi
Prestazioni / visite domiciliari	—	—	—	Rimborso delle visite mediche, diagnostiche ed infermieristiche in modalità domiciliare	Rimborso delle visite specialistiche domiciliari o effettuate in modalità di video-consulto	—
Altre Prestazioni / Facilitazioni	—	Contributo spese funerarie 1.000 € a seguito di decesso prima delle dimissioni	- Test sierologico - rimborso delle franchigie per prestazioni in strutture convenzionate - Sospensione dei versamenti da parte delle aziende aderenti al fondo	- Contributo per prestazioni sanitarie di riabilitazione respiratoria per polmonite interstiziale da Covid-19 - Estensione termini di versamento i contributi per le aziende e accettazioni richieste di rimborso - Prosecuzione volontaria individuale della contribuzione nei casi d'interruzione del rapporto di lavoro da parte del datore - Copertura per i lavoratori soggetti ad ammortizzatori sociali con causale covid-19	Estensione tempi per accettazioni richieste di rimborso	Estensione tempi per accettazioni richieste di rimborso

i ricoveri legati alla pandemia sono stati riconosciuti come ricovero ordinario per cui viene garantita la diaria giornaliera. Viene infine derogato, per tutto il 2020, il termine dei 60 giorni per presentare le integrazioni di documentazione per ottenere i rimborsi sanitari (tab. 2).

Quanto visto finora mostra come, soprattutto in una fase di emergenza, i fondi di assistenza sanitaria integrativa, possano rappresentare una risorsa sia in termini di sostegno economico per i lavoratori, al verificarsi della malattia, sia in termini di offerta di prestazioni innovative, come ad esempio la telemedicina e le prestazioni domiciliari con la possibilità di raggiungere, immediatamente, l'ampia platea di lavoratori che già beneficiano di una copertura sanitaria integrativa in virtù del proprio CCNL. La materia, seppur largamente diffusa in tutti i principali CCNL, non è ancora molto conosciuta dagli stessi beneficiari. Pertanto, all'interno dei contesti aziendali, sarebbe necessaria una promozione di attività di comunicazione rivolte ai lavoratori per accrescere la conoscenza di questi strumenti. Tale azione sarebbe semplice quanto efficace in termini d'impatto sul benessere e sulla salute delle persone. È in questo scenario che si aprono alcune opportunità per rafforzare la capacità di risposta complessiva del sistema di welfare, anche per il tramite delle relazioni industriali nell'ottica di una valorizzazione di questo tipo di risorse e nella ricerca di una continua integrazione, sia con quanto offerto dal pubblico sia con quelle che sono le esigenze sanitarie delle persone.

Sul fronte assicurativo, come riportato dall'IVASS nell'ultimo Report sui trend dell'offerta assicurativa, anche le compagnie assicurative si sono mobilitate creando prodotti assicurativi ad hoc o integrando le polizze sanitarie con prestazioni specifiche per fornire sostegno all'emergenza COVID-19. Alcune imprese hanno riconosciuto l'estensione delle coperture, se non già previste, in caso di pandemia azzerando il periodo di carenza contrattuale ed equiparando il periodo di quarantena domiciliare al ricovero ospedaliero. Anche qui sono stati prorogati i termini del periodo di mora, è stata sospesa l'attività di recupero crediti e prolungati i tempi delle coperture per il rimborso delle spese mediche. Oltre all'erogazione di diarie giornaliere per ricovero ospedalieri e convalescenza così come previsto dai fondi sanitari integrativi,

tra le misure adottate dalle compagnie assicurative, emergono iniziative diverse e innovative come l'attivazione di servizi di teleconsulto medico COVID-19 attivo h24 e 7 giorni su 7, anche tramite app, e di video consulto specialistico nelle varie discipline mediche per i casi in cui non sia necessario un contatto diretto (ad esempio, per condivisione referti e documenti o avere risposte a dubbi o domande su terapie). In ultimo, in taluni casi, le estensioni di copertura sono state previste anche in favore dei familiari contagiati dal virus con raddoppio della diaria e dell'indennità in casi di ricovero in struttura pubblica. Si rileva, purtroppo, la presenza di polizze limitate fino ai 70 anni dell'assistito.

Le stesse imprese assicuratrici, oltre a presentarsi sul mercato retail sfruttando le potenzialità del *cross selling* abbinando il prodotto salute ad altri prodotti assicurativi, hanno proposto diverse soluzioni anche alle imprese che vogliono garantire ai propri dipendenti e ai loro familiari una copertura assicurativa per tutelarli in questo momento così difficile. Anche qui viene garantita la diaria da ricovero a seguito di contagio avvenuto durante l'operatività del contratto, importi una tantum per la convalescenza, assistenza e consulenza telefonica urgente da parte di un medico, assistenza infermieristica specializzata domiciliare ed anche il trasporto in autambulanza dall'ospedale al domicilio dell'assicurato in seguito a dimissioni dall'ospedale qualora fosse necessario. Non da ultime, le proposte per le riaperture in sicurezza e garantire la protezione e la salute dei lavoratori con test sierologici e schede sintetiche con utili informazioni sanitarie e operative per lavorare in sicurezza.

Conclusioni

La recente pandemia da COVID-19 ha fatto emergere problemi che già si conoscevano del sistema sanitario nazionale e che sono stati resi ancora più evidenti in questo periodo. Il SSN, sottoposto ad uno stress test immediato, è stato trovato impreparato ad affrontare la pandemia non solo in termini di posti letto in terapia intensiva, ma soprattutto nel portare avanti le cure per tutti quei pazienti non COVID-19 e quindi con altre patologie. Prima del COVID, i motivi di insoddisfazione dei cittadini nei confronti del SSN per

prestazioni ritenute necessarie ma con lunghe liste di attesa, ticket elevati, prestazioni non garantite (su tutte l'odontoiatria), erano indubbiamente seri ma, oggi come abbiamo visto, lo sono ancora di più alla luce della forte riduzione dovuta all'enorme sforzo richiesto per fronteggiare l'emergenza. Molte risorse sono state già impiegate per risolvere le problematiche di breve termine frutto di continui tagli alla sanità ma alcuni semi per un forte cambiamento del SSN sono stati introdotti con il D.L. 34 dove si prevede, tra le altre cose, di intervenire sulla riorganizzazione e potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione, di implementare l'assistenza domiciliare integrata, di garantire una più ampia funzionalità delle USCA.

L'impatto socio-economico e la crisi sanitaria hanno quindi evidenziato la necessità di aumentare le risorse e determinato nuovi e crescenti bisogni di protezione sanitaria nei confronti dei cittadini. Di fronte a queste nuove esigenze il sistema sanitario può, e deve assumere, un ruolo centrale. Il ruolo centrale dello Stato è fuori discussione, ma diviene necessaria un'integrazione con il sistema privato, in una visione integrata che dia delle soluzioni sostenibili nel tempo.

Anche il settore della sanità privata è stato messo a dura prova sotto tutti i punti di vista ma ciò non ha intaccato in nessun modo la continuità operativa. In particolare, la risposta dei Fondi sanitari è stata immediata e flessibile: sono state riviste le coperture previste dai piani sanitari e sono state introdotte nuove misure di sostegno, per lo più *ex post*, rivolte ai soggetti colpiti dal virus. Il tutto fatto senza ulteriore aggravio né per le imprese né per i propri iscritti anche grazie al crollo delle altre prestazioni sanitarie ed introducendo inoltre esempi concreti di soluzioni innovative come le visite in telepresenza e la telemedicina in generale. Tutte queste attività sono state di sostegno al sistema generale in un'ottica di sussidiarietà anche attraverso attività di solidarietà al sistema pubblico (donazioni al SSN ed alla Protezione Civile) e di informazione (pubblicazione su siti istituzionali di tutte le raccomandazioni prescritte dal Governo e dal Ministero della Salute).

La parola chiave di questo periodo, dopo naturalmente COVID-19, è "crisi" e da qui si vuole ripartire. Nell'uso comune, tale parola ha assunto un'accezione negativa in quanto mette in evidenza il peggioramento di una situazione.

Tuttavia, riflettendo sull'etimologia della parola, che deriva dal verbo greco "krino" che in senso lato vuol dire anche discernere, giudicare, valutare, possiamo cogliere anche una sfumatura positiva ovvero vedere un momento di crisi come momento di riflessione, di valutazione che può trasformarsi nel presupposto necessario per un miglioramento e per una rinascita.

L'occasione è allora utile per rinforzare il ruolo della sanità integrativa partendo da una chiara e definitiva regolamentazione del sistema. L'integrazione tra pubblico e privato può quindi essere una possibile soluzione e forse anche la più veloce ed efficiente. È necessario, però, creare un nuovo e più sostenibile modello per il futuro con una normativa ben delineata. Occorre quindi avviare un processo di revisione delle attuali norme e dell'organizzazione dei fondi sanitari integrativi che hanno dimostrato di avere enormi potenzialità per interventi efficaci e veloci nei confronti dei propri iscritti e che potrebbero, senza alcun dubbio, essere meglio indirizzati sempre nell'ottica di sussidiarietà al SSN così da alleggerirlo dal peso che già grava su di esso, non solo oggi, ma anche in ottica futura alla luce degli effetti dell'invecchiamento della popolazione. Naturalmente il primo supporto può essere dato subito per sostenere il SSN nell'inequivocabile difficoltà di riuscire a recuperare i milioni di prestazioni non rese durante il periodo pandemico che inevitabilmente sono destinate ad aumentare per il rischio che, nonostante l'introduzione dei vaccini, vi sia ancora un periodo ancora molto lungo di razionamento delle prestazioni erogate a favore di interventi per pazienti positivi.

Altro punto importante da tenere in considerazione in ottica di miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini e della spesa pubblica, è l'investimento nella prevenzione e soprattutto in quella primaria. La revisione normativa potrebbe affidare un ruolo importante ai fondi sanitari delegando la prevenzione dei propri iscritti e sgravando il sistema sanitario di una mole importante di interventi e costi presenti e futuri. Il sistema sanitario nazionale non è ancora pronto a sostenere la domanda di cura di una popolazione sempre più anziana e, per questo motivo, la prevenzione deve assumere un ruolo sempre più importante non solo da un punto di vista sanitario ma anche come fattore di crescita economica.

Alcuni fondi sanitari iscritti all'Anagrafe dei Fondi, recentemente, hanno ricevuto l'invito da parte del Ministero della Salute a compilare un questionario indicando le prestazioni erogate distinguendo tra quanto previsto nei LEA e quanto Extra LEA. Diviene fondamentale, e forse non più derogabile, avviare un maggior dialogo e scambio di informazioni tra quanto erogato dalla sanità pubblica e quanto dalla sanità privata non solo in termini di costi ma soprattutto in termini di prestazioni rese ai propri assistiti evitando di relegare i fondi sanitari alla sola erogazione di prestazioni non garantite dal servizio sanitario nazionale. L'Anagrafe dei fondi, e quindi il Ministero della Salute, dispone di un patrimonio di informazioni che sarebbe importante utilizzare per sviluppare una più incisiva azione di coordinamento tra sanità pubblica e fondi sanitari integrativi. Occorre riconoscere il ruolo fondamentale della sanità integrativa ed avviare un confronto serio e articolato tra le Istituzioni e i diversi Enti per un progetto di medio e lungo termine di integrazione dei due pilastri del sistema sanitario.

Questa collaborazione di scambio e condivisione dei dati può infine essere un prezioso supporto al SSN dove i Fondi Sanitari possono essere coinvolti, sulla base di quanto già erogano o quanto una normativa ben strutturata può prevedere di far erogare, per la condivisione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) stabilendo i rispettivi ruoli ovvero definendo l'ambito di intervento di ciascun attore del mondo della sanità. Con ciò è possibile rispondere anche a tutte le critiche di una duplicazione ed un abuso dei servizi che in questo modo sarebbero perfettamente integrati e complementari a beneficio unico della popolazione. A tal fine sarebbe utile integrare le prestazioni fornite dalla sanità integrativa nel Fascicolo Sanitario Elettronico andando così a completare la storia sanitaria di ciascun assistito.

Occorre quindi imparare da questa crisi e tenerci stretta la sanità pubblica e la sanità privata insieme perché questo sistema sta reagendo in maniera efficace seppur ancora in un modo ancora migliorabile. Non esiste una dicotomia tra pubblico e privato ma si deve migliorare la relazione e l'integrazione. Quello che si auspica per il futuro, quindi, è una maggiore sinergia tra pubblico e privato.

Bibliografia

- AA.VV. (2009): *L'assistenza Sanitaria Integrativa in Italia nell'ambito del Welfare Contrattuale*, Roma.
- AA.VV. (2020): Impatto della pandemia COVID-19 sull'assistenza sanitaria in Provincia di Bolzano: un confronto tra i periodi marzo-maggio, giugno-agosto 2020, *Osservatorio per la Salute*.
- Barigozzi F., Rebba R. (2019): Sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e fondi sanitari integrativi, *Politiche Sanitarie*, 3.
- Brambilla A. (2019): Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, *Itinerari Previdenziali*.
- Camilleri M. (2020): La risposta della sanità integrativa all'emergenza COVID-19, *Il punto. Pensioni e Lavoro*.
- Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali (2019): *Il bilancio del sistema previdenziale italiano*.
- Dalla Sega M. (2020): Fondi sanitari integrativi: un ruolo decisivo nel superamento dell'emergenza COVID-19, *IPSOA Quotidiano*.
- Dirindin N. (2019): Fondi sanitari e nuovi livelli essenziali di assistenza: un intreccio potenzialmente pericoloso, *Politiche Sanitarie*, 37.
- Fondazione GIMBE (2019): *La Sanità Integrativa*, Report 1, Bologna.
- Fondazione GIMBE (2019): *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna.
- Florianello F. (2018): Fondi sanitari e integrativi: l'evoluzione della normativa, *Quotidiano Sanità*.
- Gerotto L. (2020): *L'evoluzione della spesa sanitaria*, Osservatorio sui Conti Pubblici italiani.
- Gruppo di lavoro "Mimico-19" (2020): *Monitoraggio dell'impatto indiretto di COVID-19 su altri percorsi assistenziali*.
- ISTAT (2016): *Rapporto annuale popolazione italiana*.
- ISTAT (2018): *Natalità e fecondità della popolazione residente*. Tratto da ISTAT: <https://www.istat.it/it/archivio/224393>.
- IVASS (2020): *Analisi Trend Offerta Prodotti Assicurativi*, Report gennaio-giugno.
- Mapelli V. (2012): *Il Sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.

- Marchetti F., Di Gialluca A. (2017): I profili fiscali dei fondi sanitari. Lo stato dell'arte. *Working Paper Mefop* n. 42.
- Mastrobuono I. (2015): L'integrazione tra fondi sanitari e sociosanitari e le Istituzioni regionali e locali, *Organizzazione Sanitaria*, XXXIX, 4: 3-11.
- Mastrobuono I. (2017): I livelli essenziali di assistenza tra passato e futuro ed il loro finanziamento. Il ruolo delle forme integrative di assistenza: casse, fondi e società di mutuo soccorso, *Organizzazione Sanitaria*, XLI, 1: 3-42.
- Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. (1999): *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- Mastrobuono I., Labate G. (2012): La non autosufficienza, una sfida per il welfare del terzo millennio, *Organizzazione Sanitaria*, XXXVI, 2: 2-20.
- Ministero della Salute (2019): *Nuovo Patto della Salute*, Roma.
- Piperno A. (2017): *La previdenza sanitaria integrativa*, Roma.
- RBM Assicurazione Salute (2018): *VIII Rapporto RBM*, Roma.
- Urbani A. (2018): *Anagrafe fondi sanitari, il primo Report System sull'assistenza integrativa*. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal%20ministero&id=3650.

Sitografia

www.ilsole24ore.com/art/istat-si-vive-5-mesi-piu-2019-pensione-67-anni-AEG5kfuC?refresh_ce=1

www.faschim.it

www.fasie.it

www.fondouest.it

www.fondometasalute.it

www.sanarti.it

www.sanimoda.it

La dissonanza tra curriculum formale e nascosto ha effetti sull'organizzazione sanitaria?

GABRIELE PEPE

Dottore in Scienze Politiche ed Economia Sanitaria (gabry_pepe@hotmail.it)

FRANCO PEPE

Dottore in Medicina e Chirurgia, specialista in Ginecologia ed Ostetricia (franco_pepe@libero.it)

Riassunto: L'attenzione dedicata alla coerenza tra curriculum formale e nascosto durante la formazione degli studenti e dei giovani operatori sanitari è insufficiente, poiché può avere effetti negativi rilevanti a breve e lungo termine sul benessere individuale, sullo sviluppo della professionalità, sulle relazioni tra operatori sanitari, sui pazienti e sulla qualità e costi della cura. La coerenza tra curriculum formale e nascosto dovrebbe rappresentare un obiettivo primario soprattutto durante gli anni di formazione, ma i presupposti indispensabili risiedono nella consapevolezza dell'argomento, nell'efficienza dell'organizzazione, nella leadership di valore e nel mentoring di qualità. È ampiamente dimostrato che la progressiva erosione dell'etica nella professione medica e la manifestazione di condotte non lecite può riflettere un apprendimento imitativo che ha agito durante gli anni di formazione e che persiste nel tempo.

Abstract: *Hidden curriculum is a "set of unwritten, unofficial and unintended lessons, value and perspectives that students learn in medical school along with formal aspect of education". It has a significant effect on individual wellbeing, professionalism, civil behavior, quality and costs of cure. Dissonance between formal and hidden curriculum may have heavy unwanted consequences on trainee's educational development. This issue deserves more attention because its short- and long-term consequences on health organizations.*

Tag: *hidden curriculum, incivility and hidden curriculum, leadership and curriculum, mentoring, mentor*

Introduzione

La formazione degli studenti e dei medici nella fase iniziale di carriera è determinata dal curriculum formale e informale, ma altrettanto rilevante è il cosiddetto curriculum nascosto (CN) (Hafferty et al. 1994, Hafferty, 1998).

Questo articolo si propone di indagare il curriculum nascosto e precisamente: definizione, obiettivi, effetti sulla professionalità, sul modello di sviluppo delle relazioni interpersonali e sulla cura del paziente, gli effetti della dissonanza tra curriculum nascosto ed attese derivate dal corso formale di studio e, infine, come migliorare il curriculum nascosto.

La scarsa attenzione posta sull'argomento deriva da più fattori: mancanza di consapevolezza, pregiudizi culturali presenti in una parte della

classe medica, l'idea che le competenze squisitamente mediche siano più rilevanti a confronto con quelle etico-comportamentali e, non ultimo, la volontà di mantenere lo *status quo* che assicura privilegi, a singoli o a gruppi, privilegi in un'organizzazione sanitaria fortemente improntata sulla gerarchia professionale.

Metodologia

È stata condotta, a tale scopo, una revisione della letteratura di lingua inglese identificando i domini di ricerca: *hidden curriculum, incivility and hidden curriculum, leadership and hidden curriculum, mentoring, mentor, mentee, mentoring and hidden curriculum, abusive/destructive leadership and hidden curriculum*.

Definizione di curriculum nascosto

Hafferty ritiene che la maggior parte di ciò che è appreso nelle scuole mediche è pensato dentro il curriculum nascosto, definendolo “un insieme di influenze che agiscono a livello di cultura e struttura organizzativa” concernenti valori impliciti, condotte e norme esplicitate nel contesto educativo. Il curriculum nascosto plasma, quindi, condotte individuali e di gruppo trasferite dalla struttura culturale espressa dall'ambiente senza un'azione volontaria o programmata da parte di insegnanti e studenti. Questa definizione, sebbene ampiamente condivisa in letteratura, non sempre, tuttavia, negli studi è distinta con chiarezza dal curriculum formale.

Contenuti ed obiettivi del curriculum nascosto

Il curriculum nascosto si caratterizza per vocabolario, espressioni, pratiche e condotte espresse quotidianamente nel contesto del lavoro. Ogni espressione, compresi i silenzi, le azioni commesse ed omesse, acquistano valore educativo e comportamentale con conseguenze spesso non intenzionalmente previste (Mahood, 2011; Liao et al., 2014). In altri termini il curriculum nascosto consiste nel processo di socializzazione della cultura in medicina e non semplicemente nella trasmissione passiva di conoscenze e competenze. I docenti ed i clinici dovrebbero modulare l'empatia, incoraggiare la riflessione, la discussione su condotte positive e negative nell'ambiente del training e contribuire al benessere lavorativo, sollevare dubbi su etica, professionalità e sul valore della cura. L'ambiente di apprendimento deve favorire l'integrità, l'onestà, il rispetto, la capacità di porre domande e trovare soluzioni collegiali e condivise, valorizzare i punti di vista ed il potere di ogni singolo individuo, incluso quello di coloro che devono apprendere. La rilevanza del curriculum nascosto è data dal fatto che molte azioni si svolgono nelle aule universitarie, nei corridoi, durante la pratica clinica, nelle mense, ecc. e possono avere un effetto maggiore delle condotte e delle azioni manifestate durante gli incontri formali.

Il curriculum nascosto esercita sullo studente e sul medico in formazione (e non solo) notevoli

effetti sulla consapevolezza di sé, sulla crescita emozionale e professionale, sulla formazione dell'identità come professionista, sull'acquisizione di conoscenze, valori ed attitudini e condotte *possibili*, sull'etica comportamentale, sulla capacità di socializzare e sulla performance generale come membro della comunità medica (Rabah, 2012; Mossop et al., 2013). Contribuisce in maniera determinante nell'accrescere la resilienza, nello sviluppare i significati più profondi della relazione medico-paziente, migliora la confidenza e la fiducia del paziente e la capacità di sviluppare strategie nelle varie condizioni relazionali ed accresce la produttività. Riassumendo, migliora la qualità di vita dello studente nel tempo (Hopkins et al., 2016). Nell'esperienza di Mackin et al. (2019) la possibile rilevanza del curriculum nascosto emerge soprattutto in alcuni domini quali la vulnerabilità, la gerarchia, la capacità nella negoziazione, l'essere positivi e l'umanizzazione.

Il curriculum nascosto è improntato dal mentore, dall'insieme della relazione con gli altri operatori sanitari, dal modello organizzativo della struttura, in particolare modo dall'efficienza organizzativa (Pattani et al., 2018; Viotti et al., 2018) e dalla qualità della leadership (Montgomery, 2016). Soprattutto ciò che è pensato nelle aule deve essere coerente e confermato da ciò che è vissuto e praticato a letto del paziente, nelle corsie, nei briefing, in sala operatoria e nello sviluppo della carriera basato su trasparenza e merito. In altri termini il curriculum nascosto deve essere in linea con il curriculum formale, poiché la dissonanza è causa di gravi conseguenze a breve e lungo termine per lo studente e per il medico in formazione. D'altra parte che il curriculum nascosto sia indagato solo sugli studenti e sui medici in formazione è limitativo, poiché nella pratica clinica informa la condotta in tutti gli operatori sanitari tramite la diffusione e condivisione di condotte non consone.

Il curriculum nascosto incorpora i cambiamenti di politica nazionale e i *commitment locali* per creare una cultura di valore. Per questo motivo è importante favorire specifici obiettivi quali attivare training nelle organizzazioni universitarie destinate ai singoli medici e agli staff, compreso il management, per sviluppare consapevolezza sullo spreco in sanità e sul beneficio reale che deriva al paziente dalla cura di valore

(Porter, 2008). La cura di valore, non di rado, non trova un adeguato spazio non solo nello sviluppo del curriculum formale, ma soprattutto non è espressa nella pratica clinica, determinando un effetto negativo poiché dalla semplice osservazione della condotta altrui si reiterano condotte inappropriate: la nostra condotta trova “evidente giustificazione” e reiterazione nella condotta altrui (Eraut, 2011; Mackin et al., 2019).

I leaders hanno il compito di creare e sostenere la cultura basata sul valore, incoraggiare la discussione su problematiche etiche, ricercare il valore lecito in ogni processo decisionale e considerare il benessere del paziente un valore centrale.

Cause della dissonanza tra curriculum formale e nascosto

Il messaggio veicolato dal curriculum nascosto, quando dissonante con quello del curriculum formale, è percepito in maniera fortemente negativa dallo studente o dal giovane medico in formazione (Hopkins et al., 2016; Arnold, 2007). Questa dissonanza è causa di confusione, frustrazione, sviluppo del senso di inutilità ed infelicità soprattutto quando si percepiscono condotte non professionali o non etiche (Mackin et al., 2019). Ha effetti rilevanti a breve e lungo termine non solo sulla realizzazione interpersonale, ma nella relazione con il paziente e nel management della malattia (Chuang, 2010).

Frequentemente la dissonanza è percepita con chiarezza, in altri agisce in maniera subdola nel tempo sino a modificare la cultura e la condotta che dovrebbe sempre essere improntata ai principi dell'etica, della deontologia e della professionalità. La dissonanza può derivare anche da pregiudizi nella cultura medica che hanno effetto sulla condotta, dalla relazione tra mentore e allievo e tra operatore sanitario e paziente.

Tra i pregiudizi ancora presenti in parte della cultura medica e che improntano l'espressione della professionalità vanno ricordati:

- l'idea che il modello culturale che basa le relazioni sulla rigida gerarchia sia preferibile alla cultura della trasversalità; in realtà la gerarchia (non il livello di competenze), ancora così diffusamente presente nell'ambito medico, favorisce

il leader o il gruppo di potere e mantiene privilegi non giustificati con forte effetto negativo anche sull'insegnamento poiché inibisce sino ad azzerare la discussione su specifici argomenti soprattutto etici e sulla sicurezza del paziente (Gaufberg et al., 2010). L'effetto negativo della leadership autoritaria/distruttiva è ampiamente riconosciuto in letteratura sull'organizzazione, sugli individui e sul team (Singh, Singh, 2018). Si ritiene che le organizzazioni non dovrebbero permettere a questi soggetti di raggiungere posizioni di leadership (Fatima et al., 2018);

- discriminazione di genere: il prevalere numerico, sino ad alcuni anni or sono, di medici di sesso maschile nei sistemi sanitari e soprattutto, anche oggi, di medici di sesso maschile nelle posizioni apicali contribuisce alla perpetrazione della discriminazione verso le donne medico, aggravata da un pregiudizio verso la gravidanza delle stesse e da una cultura lavorativa (turni, disponibilità di tempo libero, permessi, ecc.) che non favorisce la conciliazione tra vita professionale e lavorativa; le discriminazioni di genere hanno effetti sulla qualità della relazione, sul *mentoring*, sulla facilitazione del percorso di studio, sulla visibilità professionale e sociale e sulla progressione di carriera, ecc. (Di Fabio, Duradoni, 2019);

- pregiudizio sulla malattia del medico che, rispetto ad altre categorie professionali, ha una minore frequenza di assenza dal lavoro per malattia. Il medico si reca al lavoro, ad esempio, anche quando ha sintomi di malattie respiratorie e, quindi, a rischio di infettare colleghi e pazienti. Vi è in particolare stigma nei confronti della malattia psichiatrica, quando ne è affetto il medico, motivo per cui il medico malato spesso rinuncia a cercare cura dal collega psichiatra (Adams et al., 2000; White et al., 2006; Sendén et al., 2013);

- mancato rispetto della dignità dello studente/medico in formazione: spesso lo studente è eccessivamente utilizzato per compiti burocratico-amministrativi con sottrazione di tempo significativo all'insegnamento a letto del malato; è diffusa l'idea che soprattutto le abilità pratiche, ma anche specifiche competenze teoriche, non vadano trasmesse secondo un chiaro ed efficace modello e step di insegnamento con la pratica attiva giornaliera, ma debbano essere “rubate” con l'osservazione; diffuso anche il modello di apprendimento basato sul binomio

umiliazione/ricompensa dello studente/giovane collega, con sofferenza morale ed emotiva, imbarazzo e inibizione di una proficua relazione mentore-allievo (Association of American Medical Colleges, 2016); l'accesso soprattutto alla chirurgia può rappresentare il "premio" riconosciuto per altre attività svolte o come ricompensa dimostrata di "fedeltà" ai "superiori" ed anche questo rappresenta un evidente pregiudizio (Sinclair, 1997). In altri casi si assiste a modalità non trasparenti di vie "privilegiate" di apprendimento per alcuni a danno della maggior parte degli studenti per motivazioni di parentela, nepotismo, raccomandazione politica, ecc. Gli effetti sono profondamente negativi sulla professionalità, ad esempio, per le attività di sala operatoria o per le attività interventistiche per le quali non si maturano le competenze necessarie con danno non solo ai singoli, ma anche all'organizzazione sanitaria ed alla collettività per mancata disponibilità di un più ampio numero di operatori competenti;

- maltrattamenti nell'ambiente clinico di apprendimento (Grover et al., 2020): essere oggetto e/o testimone di condotte non lecite; in altri termini le cosiddette "condotte incivili" con manifestazioni di diversa severità sino al bullismo/mobbing, tollerate in alcuni ambienti di lavoro come "normali" ed introiettate in chi assiste come "possibili" condotte causa gravi effetti, ad esempio, sull'apprendimento e sulle relazioni umane ed interprofessionali (Johnson et al., 2019; Pepe, Pepe, 2020);

- discriminazioni verso i pazienti legate a fattori socioeconomici (igiene del paziente, povertà, essere senza fissa dimora, ecc.) o specifiche tipologie di pazienti (razza, obesità grave, malattie infettive, tossicodipendenti, malattie psichiatriche, violenti, ecc.) (Hill, Laguado, 2019); si tratta di aspetti poco indagati, ma dagli effetti rilevanti, poiché possono essere omesse o negate cure che, a parità di condizioni cliniche, verrebbero prestate ad altri pazienti con conseguente cura subottimale e peggioramento dell'*outcome*.

La rilevanza della cultura dell'organizzazione è anch'essa evidente:

- la mancanza di trasparenza nell'assegnazione dei compiti, nelle modalità e tempi di crescita professionale ed acquisizione di competenze ed abilità;

- la marginalizzazione del benessere degli operatori sanitari per eccessivo carico di lavoro, spiccata riduzione del tempo a disposizione nella relazione con il paziente a vantaggio di compiti burocratici od amministrativi, impossibilità di un giusto equilibrio tra attività lavorativa e vita familiare, ecc., condizionano pesantemente l'ambiente di lavoro e le relazioni, ma anche *output* e *outcome* (compresa la sicurezza) delle prestazioni. L'ambiente di lavoro può divenire tossico e spiegare l'elevata frequenza di eccessivo stress, *burnout* (Grassi, Magnani, 2000; Renzi et al., 2005; Klersy et al., 2007), depressione, ideazione suicidaria o suicidio negli operatori sanitari (Fridner et al., 2009; Wall et al., 2014), così come il desiderio di dedicarsi ad attività cliniche meno rischiose, l'eccessivo turnover, la volontà di abbandonare la professione medica appena possibile, il ricorso diffuso alla medicina difensiva, l'aumento degli errori e della lite legale, la riduzione della sicurezza del paziente e della soddisfazione della cura ricevuta ed, infine, dei costi della cura (Pepe et al., 2012; 2014; Johnson et al., 2019);

- mancanza di una definita politica di tolleranza zero nei confronti delle condotte incivili, poiché favorisce la cultura del silenzio, frequente nelle comunità chiuse come gli ospedali.

Effetti della dissonanza tra curriculum formale e nascosto

Gli effetti della dissonanza tra curriculum formale e nascosto si manifestano non solo sul mancato raggiungimento degli effetti positivi attesi sull'ambiente di lavoro e sulla professionalità, ma anche ad effetti significativi negativi sulla qualità di vita individuale e professionale e sulla condotta professionale. La conseguenza ultima è la progressiva erosione della capacità di relazione degli studenti e dell'etica evidenziati in numerosi studi (Hafferty, Franks, 1994; Satterwhite et al., 1998; Bellini, Shea, 2005; Yavari, 2016).

Anche l'incremento del cinismo, definito come declino nell'empatia e nell'eccessiva neutralizzazione emotiva nei confronti del vissuto del paziente durante il training medico (Brazeau et al., 2010), sembra legato in parte al conflitto tra curriculum formale e nascosto (West, Shanafelt, 2007). Lo studio di Peng et al. (2018) supporta la

nozione che la perdita di empatia e lo sviluppo di cinismo nella realtà nordamericana è progressiva e si manifesta precocemente nel corso degli studi universitari. Il cinismo ha un rilevante effetto negativo nella relazione medico-paziente e nella qualità della cura (Dewa et al., 2017; Bodeheimer, Sinsky, 2014).

Gli effetti negativi delle condotte incivili sono significativi sui modelli di comportamento acquisiti, sulla cornice etica delle condotte possibili, sull'incidenza di condotte non professionali, sulla condotta altruistica, sulla relazione tra corpo docente e studenti e sugli *outcome* accademici (Dyrbye et al., 2010; Ibrahim, Ingraham et al., 2018).

In altri casi le condotte dissonanti riguardano l'aver assistito od essere stato vittima di molestie sessuali od atti di bullismo ai quali spesso non si dà risposta (Choi et al 2019). È evidente che la diffusione di queste condotte e soprattutto la mancanza di una risposta efficace da parte dell'organizzazione con tolleranza zero agiscono favorendo una condotta remissiva che accetta passivamente il maschilismo, le molestie sessuali e la leadership abusiva (Layne et al., 2018; Singh, Singh, 2018).

In definitiva, la disconnessione tra il curriculum formale e la reale condotta dei medici con le attitudini manifestate crea un curriculum differente da quello auspicato nei più giovani (studenti o medici in formazione), poiché conforma ciò che è accettabile da ciò che non è accettabile nella pratica medica (Hafferty, 1998). Sebbene queste condotte possano essere favorite da alcune note caratteriali (Kim et al., 2017), si correlano essenzialmente al contesto ambientale che da un lato non forma e dall'altra non applica una politica di prevenzione e repressione delle condotte eticamente non accettabili. Sono determinanti la qualità del mentore nel corso degli studi universitari, i modelli di leadership vissuti durante gli studi e nell'ambiente di lavoro e l'efficienza dell'organizzazione (Viotti et al., 2018; Pattani et al., 2018). Il supervisore che manifesta condotte incivili diviene egli stesso modello di ruolo per la condotta nell'ambiente di lavoro con effetto non solo sui diretti esposti, ma anche sugli osservatori del fenomeno con estensione del modello a tutta l'organizzazione con rilevanti conseguente negative a breve e lungo termine (Andersson, Pearson, 1999; Estes, Wang, 2008).

Per questi motivi è frequente l'insoddisfazione dei giovani medici inglesi sull'insegnamento ricevuto, che rilevano l'impossibilità di sollevare dubbi sulla sicurezza dei pazienti (Gafson et al., 2019), probabilmente da collegare al desiderio del quieto vivere ed al ruolo della gerarchia che inibisce la conversazione (Stephenson, 2016). La capacità di sollevare preoccupazioni inerenti la sicurezza del paziente è al contrario considerata un rilevante indicatore della qualità totale della cura offerta da un'organizzazione (Keogh, 2013).

Le considerazioni esposte sul curriculum nascosto nelle scuole di medicina sono sovrapponibili nei vari paesi (Gardeshi et al., 2018), ma alcune peculiarità possono rispecchiare fattori culturali nazionali, quale l'assimilazione di un modello paternalistico nella relazione medico-paziente, causa di conflitto a confronto con la cura centrata sul paziente. Più frequentemente gli studenti di varie nazioni descrivono la de-umanizzazione del paziente a fronte di considerazioni di ordine economico-manageriale, l'effetto negativo del potere delle gerarchie e la mancanza di un approccio che miri al rispetto interdisciplinare con possibile effetto sul cinismo (Gaufberg et al., 2010; Martiminianakis et al., 2015).

Come ridurre la dissonanza tra curriculum formale e nascosto

La riduzione della dissonanza tra curriculum formale e nascosto richiede una strategia complessa con molteplici interventi coinvolgenti l'intera organizzazione e l'ambiente di lavoro, le condizioni di lavoro, la leadership, i modelli di sviluppo della professionalità, la condotta dei singoli e soprattutto la qualità della relazione mentore-allievo.

L'organizzazione è rilevante per la trasparenza, il rispetto delle regole (ad esempio la progressione di carriera) e l'efficienza organizzativa, tutti fattori che si correlano con la qualità dell'ambiente di lavoro (Panagioti et al., 2018). La cultura aziendale deve essere basata sulla legalità e sulla trasparenza con politiche ben definite su progressione di carriera, distribuzione economica degli

incentivi, tolleranza zero verso condotte incivili, molestie sessuali e bullismo. Va rimossa la cultura nella quale la gerarchia è elemento centrale poiché inibisce la comunicazione e la discussione su argomenti rilevanti, la cultura maschilista e gli ostacoli ed i pregiudizi sulla carriera delle donne medico.

La costruzione del valore nella professionalità è un aspetto determinante, ma poco curato nei corsi di formazione (Keshmiri et al., 2020; Marisette et al., 2020), ma a ciò contribuisce la complessità dell'argomento, la mancanza di metodi efficaci di valutazione della professionalità (Li et al., 2017; Stehman et al., 2020) e la difficoltà nell'insegnare competenze non tecniche come le capacità comunicative, il lavoro di team, la leadership e la professionalità (Flowerdew et al., 2012; Agha et al., 2015). La professionalità introduce un insieme di valori, credenze, maniere ed interazioni che valorizzano la creazione ed il mantenimento della fiducia tra operatori sanitari, pazienti/familiari e società (Passi et al., 2010). È centrale la capacità di manifestare il commitment nei confronti dei pazienti, della professione, della società e di performance etiche e coerenti con gli obblighi della professione (Frank, Danoff, 2007) favorendo il prevalere della priorità del paziente su quelle del medico e, quindi, del proprio interesse (Cohen, 2006).

Il *mentoring* ha un ruolo fondamentale nella costruzione di un corretto curriculum, compreso quello nascosto, ed offre vantaggi allo studente, al mentore ed all'istituzione (Fricke et al., 2018). Il mentore dovrebbe possedere un curriculum adeguato al ruolo, maggiore esperienza a confronto con l'allievo ed avere disponibilità di tempo (Nimmons et al., 2019). Ha il compito di costruire una relazione efficace nel tempo con un modello di ruolo in un percorso a stretto contatto con l'allievo nel setting clinico. Il mentore necessita di dimostrare interesse nell'insegnamento, disponibilità, empatia, proattività, buona capacità di comunicazione, autoriflessione, trasparenza, eccellenza clinica, sforzi espliciti orientati alla costruzione del ruolo di medico e di sviluppo della responsabilità collettiva (Goldie et al., 2015). L'allievo acquisisce conoscenze ed abilità, sviluppa la personalità ed è facilitato nello sviluppo della carriera

mediante *feedback* individuali, costruzione di modelli positivi di condotta, definizione dei "confini" della condotta professionale e degli aspetti etici connessi, riducendo le condotte non professionali degli studenti in medicina (Makvan der Vossen et al., 2017), della capacità di comunicazione e socializzazione, della capacità di connessione nel team e nei network e gode della possibilità di partecipare attivamente nella ricerca. I benefici per il mentore possono essere rappresentati dallo sviluppo personale e professionale, dalla gratificazione nell'insegnamento, dallo sviluppo della capacità comunicative, dal miglioramento delle abilità di insegnamento e della qualità di leadership. L'istituzione accresce il reclutamento di studenti e stagisti, la produzione scientifica e la visibilità (Fricke et al., 2018).

Il *mentoring* è ostacolato da un ambiente il cui potere è basato sulla gerarchia (Singh, Singh, 2018), poiché ha conseguenze negative in quanto causa umiliazione ed impedisce la conoscenza del punto di vista degli studenti e lo sviluppo di un curriculum centrato sul paziente (Ogur et al., 2007). La partecipazione degli studenti è scarsa quando le motivazioni del mentore e dello staff amministrativo sono insufficienti; inoltre, alcuni studenti possono trovare difficoltà nel trovarne uno a causa delle costrizioni di tempo per l'attività clinica, di ricerca o compiti amministrativi (Fricke et al., 2018). Più di rado gli studenti possono ritenere di non aver bisogno del mentore.

Vi è la necessità di definire i programmi di *mentoring* preferibilmente preceduti dall'analisi del contesto e/o da uno studio pilota per comprendere il disegno da sviluppare per raggiungere obiettivi appropriati, raggiungibili e misurabili. Il matching tra mentore e allievo dovrebbe avvenire in maniera tale da incoraggiare il successo della relazione ed eventualmente con disponibilità di un ulteriore abbinamento mentore-allievo. L'allievo può scegliere il mentore oppure va sviluppato un valido processo di appaiamento; il mentore deve possedere la consapevolezza del ruolo e di ciò che si attende dal suo compito nell'ottica dell'organizzazione e dello studente e ricevere un training sugli obiettivi da raggiungere, sull'espressione del ruolo da manifestare e sui *feedback* necessari. Possono essere utili incentivi

per il ruolo di mentore definendo il tempo istituzionalmente da dedicare distinto da altre attività. Il processo di valutazione deve includere il mentore, l'allievo e le istituzioni mediante metodi efficaci di valutazione e *feedback* e necessita che l'allievo sia seguito per un periodo sufficiente di tempo al fine di verificare l'impatto pratico della relazione (Nimmons et al., 2019).

È determinante lo sviluppo di modelli di ruolo per insegnanti in grado di formare gli studenti sulla cura di valore (*High-Value Care - HCV*) in un contesto multidisciplinare e che il modello di insegnamento sia coerente con la pratica clinica. Bisogna focalizzare costi e benefici degli interventi per dare valore alla cura, cioè, una cura individualizzata e finalizzata sugli *outcome* del paziente con uso della medicina basata sull'evidenza economicamente responsabile (McDaniel et al., 2018). L'importanza di questa osservazione deriva dal fatto che, ad esempio, negli Stati Uniti lo spreco è pari a 700 miliardi di dollari ogni anno (Kelley et al., 2009), e l'abito prescrittivo nella pratica clinica, acquisito durante la formazione, può persistere per decenni. È, quindi, indispensabile la trasmissione di specifiche conoscenze, riflessioni sulle decisioni concernenti la cura e lo sviluppo di un ambiente e modelli di ruolo che supportano il valore della cura nel processo decisionale (Tchou et al., 2017). Le esperienze suggeriscono che la combinazione tra la facilitazione della pratica del pensiero riflessivo associata ad un ambiente che supporta HCV può conseguire risultati positivi (Beck et al., 2018). Si tratta di sviluppare interventi educazionali multilivello coinvolgenti il curriculum formale, l'educazione informale, nuove modalità di *teaching*, ecc. Il curriculum formale in particolare permette la comprensione dei concetti HCV condivisi e quello informale sviluppa abilità per includere argomenti HCV nella discussione dei casi clinici e la costruzione di opportunità attraverso lo sviluppo di progetti dedicati e *feedback* efficaci sul percorso educativo HCV (Tchou et al., 2018).

È tuttavia rilevante la misura in cui le discussioni inerenti il valore della cura sono inserite nel contesto dei *briefing* giornalieri o

della discussione dei casi e soprattutto nella pratica clinica. Beck et al. (2018), utilizzando un mezzo validato per misurare la quantità ed il tipo di discussione sulla cura di valore durante gli incontri centrati sulla famiglia, rilevano che solo un terzo di questi incontri ha avuto per argomento almeno un argomento HCV. L'assenza di contenuti basati sul valore nella pratica clinica mantiene la dissonanza tra curriculum formale e nascosto, perpetua prescrizioni e management non appropriati e favorisce lo spreco in sanità.

Discussione

Gli studenti percepiscono la disconnessione tra aspettative basate sul curriculum formale e curriculum nascosto soprattutto in relazione ad argomenti etici, condotte ed equità di accesso alla formazione professionale con conseguenze rilevanti (Liu et al., 2020). È necessario indagare compiutamente questi aspetti non solo negli studenti e nei medici in formazione, ma in tutti gli operatori sanitari. Il cambiamento non può avvenire senza la consapevolezza degli operatori sanitari, la qualità della leadership e la rimozione dell'inefficienza organizzativa (Pattani et al., 2018; Viotti et al., 2018), poiché rappresentano fattori determinanti nella manifestazione di un ambiente lavorativo tossico con condotte inappropriate o incivili che tendono ad essere reiterate da chi ne è testimone o vittima (Panagioti et al., 2018; Layne et al., 2018).

È necessario intervenire su più fronti: organizzazione aziendale, leadership, modello delle relazioni interpersonali (comunicazione e gerarchia), formazione universitaria, contenuti della didattica basata su valori, miglioramento delle tecniche pedagogiche e del setting educativo, soprattutto la cultura espressa nell'ambiente di lavoro ed accrescere il coinvolgimento degli studenti nei corsi di etica con sviluppo di *feedback* efficaci tra formazione teorica e pratica clinica.

Conclusioni

L'attenzione dedicata al curriculum nascosto nella letteratura scientifica è insufficiente, poiché

ha effetti rilevanti a breve e lungo termine sul benessere individuale, sviluppo della professionalità, relazioni tra operatori sanitari (lavoro nel team e tra team differenti), pazienti, qualità e costi della cura. La coerenza tra curriculum formale e nascosto dovrebbe rappresentare un obiettivo primario, ma i presupposti indispensabili risiedono nella consapevolezza dell'argomento, nel *mentoring* di qualità, nell'efficienza dell'organizzazione e nella leadership di valore.

Bibliografia

- Adams E.F. et al. (2000): What stops us from healing the healers? A survey of help-seeking behavior, somatisation and depression within the medical position. *J Soc Psychiatry*, 56: 359-370.
- Agha R.A. et al. (2015): The role of non-technical skills in surgery. *Annals of Medicine and Surgery*, 4: 422-427.
- Andersson L., Pearson C. (1999): Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Acad Manage Rev*, 24: 452-471.
- Arnold R.M. (2007): Formal, informal, and hidden curriculum in the clinical years: where is the problem? *Journal of palliative Care*, 10: 646.
- Association of American Medical Colleges (2016): Medical School Graduation Questionnaire. 2016 All Schools Summary Report, www.aamc.org/download/464412/data/2016gqallschoolsummaryreport.pdf (2016).
- Beck J. et al. (2018): Prospective observational study on high value care topics discussed on multidisciplinary rounds. *Hospital Pediatrics*, 8(3).
- Bellini L.M., Shea J.A. (2005): Mood change and empathy declining persist during three years of internal medicine training. *Acad Med*, 80: 164-167.
- Bodenheimer T., Sinsky C. (2014): From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*, 12: 573-576.
- Brazeau C.M. et al. (2010): Relationship between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med*, 85: S33-S36.
- Chuang A.W. et al. (2010): To the point: reviews in medical education - taking control of the hidden curriculum. *Am J Obstet Gynecol*, 203: 316.e1-6.
- Cohen J.J. (2006): Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *Med Educ*, 40: 607-617.
- Choi A.M.K. et al. (2019): Developing a culture of mentorship to strengthen academic medical centers. *Acad Med*, 94: 630-633.
- Dewa C.S. et al. (2017): The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*, 7:e015141.
- Di Fabio A., Duradoni M. (2019): Fighting incivility in the workplace for women and for all workers: the challenge of primary prevention. *Frontiers in Psychology*, Vol. 10, Article 1805.
- Dyrbye L. et al. (2010): Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*, 304: 1173-1180.
- Eraut M. (2011): Informal learning in the workplace: evidence on the real value of work-based learning (WBL). *Development and Learning in Organizations*, 25.
- Estes B., Wang J. (2008): Workplace incivility: impacts on individual and organizational performance. *Human Resources Development Review*, 7: 218-240.
- Fatima T. et al. (2018): Jeopardies of aversive leadership: a conservation of resources theory approach. *Front Psychol*, 9: 1935.
- Flowerdew L. et al. (2012): Identifying nontechnical skills associated with safety in the emergency department: a scoping review of the literature. *Ann Emerg Med*, 59: 386-394.
- Frank J.R., Danoff D. (2007): The Can MEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach*, 29: 648-654.
- Fricke T.A. et al. (2018): Early mentoring of medical students and junior doctors on a path to academic cardiothoracic surgery. *Ann Thorac Surg*, 105: 317-320.
- Fridner A. et al. (2009): Survey of recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and in Italy (The HOUPE Study): cross-sectional associations with work stressors. *Gender Medicine*, 6: 315-328.
- Fridner A. et al. (2012): Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress? *Swiss Med Wkly*, 142: w13626.
- Gafson I. et al. (2019): Raising concerns in the current NHS climate: a qualitative study exploring junior doctors' attitudes to training and teaching. *Future Healthcare Journal*, 6: 156-161.
- Gardeshi Z. et al. (2018): The perception of hidden curriculum among undergraduate medical students: a qualitative study. *BMC Research Notes*, 11: 271.
- Gaufberg E.H. et al. (2010): The hidden curriculum. What can we learn from third-years medical student narrative reflections? *Acad Med*, 85: 1709-1716.

- Goldie J. et al. (2015): What makes a good clinical student and teacher? An exploratory study. *BMC Medical Education*, 15: 40.
- Grassi L., Magnani K. (2000): Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians, *Psychother Psychosom*, 69: 329-334.
- Grover A. et al. (2020): Physician mistreatment in the clinical learning environment. *Am J Surg*, Feb 3. pii. S0002-9610(19)51576-4.
- Hafferty F.W. (1998): Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*, 73: 403-407.
- Hafferty F.W., Franks R. (1994): The hidden curriculum, ethics, and the structure of medical education. *Acad Med*, 69: 861-871.
- Hill L.G., Laguado A.S. (2019): Guidance for male mentors to support the safety and success of female mentees. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 83(10) Article 7533.
- Hopkins L. et al. (2016): The hidden curriculum: exposing the United States' lessons of medical education. *Cureus*, 8: 845.
- Ingraham K.C. et al. (2018): Student-faculty relationship and its impact on academic outcomes. *Nurse Educ Today*, 71: 17-21 et al 2018.
- Johnson S.L. et al. (2019): Incivility and clinical performance, teamwork, and emotions: a randomized controlled trial. *J Nurs Care*, Apr 8. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000407.
- Kelley R. (2009): Where can \$ 700 billion in waste be cut annually from the U.S. Health care system? White Paper. *Health Care Analytics*, Thompson Reuters.
- Keogh B. (2013): Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: overview report. NHS, www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Documents/outcomes/keoghreview-final-report.pdf.
- Keshmiri F. et al. (2020): Exploring the challenges of professional identity formation in clinical education environment: a qualitative study. *J Adv Med Educ Prof*, 8: 42-49.
- Kim S. et al. (2017): Individual, interpersonal, and organizational factors of health care conflict: a scoping review. *J Interprof Care*, 31: 282-290.
- Klersy C. et al. (2007): Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy - a multicentre study. *Nephrol Dial Transplant*, 22: 2283-2290.
- Layne D.M. et al. (2018): Negative behaviours in health care: prevalence and strategies. *J Nurs Manag*, 1-7.
- Li H. et al. (2017): Assessing medical professionalism: a systematic review of instruments and their measurement properties. *PLOS ONE*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177321>.
- Liao J.M. et al. (2014): Speaking up about the dangers of the hidden curriculum. *Health Affairs*, 33: 168-171.
- Liu B. et al. (2017): Cross level impact study of inclusive leadership on employee feedback seeking behavior. *J Manag*, 14: 677-685.
- Mackin R. et al. (2019): The hidden curriculum: a good thing? *Cureus*, 11(12): e6305. DOI 10.7759/cureus.6305.
- Mahood S.C. (2011): Beware the hidden curriculum. *Can Fam Physician*, 57: 983-985.
- Mak-van der Vossen M. et al. (2017): Descriptors for unprofessional behaviors of medical students: a systematic review and categorization. *BMC Medical education*, 17, Article 164.
- Marisette S. et al. (2020): Inconsistent role modeling of professionalism in family medicine residency. *Canadian Family Physician*, 66(2): e55e61.
- McDaniel C.E. et al. (2018): The high-value care rounding tool: development and validity evidence *Acad Med*, 93: 199-206.
- Martimianakis M.A. et al. (2015): Humanism, the hidden curriculum, and educational reform: a scoping review and thematic analysis. *Acad Med*, 90 (11 Suppl): S5-S13.
- Montgomery A.J. (2016): The relationship between leadership and physician well-being: a scoping review. *Journal of Healthcare Leadership*, 8: 71-80.
- Mossop L. et al. (2013): Analyzing the hidden Curriculum: use of cultural web. *Med Educ*, 47: 134-143.
- Nimmons D. et al. (2019): Medical student mentoring programs: current insights. *Advances in Medical Education and Practice*, 10: 113-123.
- Ogur B. et al. (2007): *The Harvard medical school-Cambridge integrated clerkship: an innovative model of clinical education*, 82: 397-404.
- Panagioti M. et al. (2018): Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 178: 1317-1330.
- Passi V. et al. (2010): Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *International journal of medical education*, 1: 9.
- Pattani R. et al. (2018): Organizational factors contributing to incivility at an academic medical center and system-based solutions: a qualitative study. *Acad Med*, 93: 1569-1575.
- Peng J. et al. (2018): Uncovering cynicism in medical training: a qualitative analysis of medical online discussion forum. *BMJ Open*, 8: e022883.
- Pepe F. et al. (2014): Medicina difensiva e relazione società-medico-paziente. *Mondo Sanitario*, XXI, 11: 1-10.

- hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 19: 153-157.
- Satterwhite W.M. et al. (1998): Medical students' perceptions of unethical conduct at one medical school. *Acad Med*, 73: 529-531.
- Sendén M.G. et al. (2013): What makes physicians go to work while sick. A comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss Med Wkly*, 143: w13840.
- Sinclair S. (1997): *Making doctors, an institutional apprenticeship*. New York, Berg.
- Singh T.T.S., Singh A. (2018): Abusive culture in medical education: mentors must mend their ways. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 34: 145-147.
- Stehman C. et al. (2020): Professionalism milestones assessment used by emergency medicine residency programs: a cross sectional survey. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21: 152-159.
- Stephenson T. (2016): Blowing the whistle on unsafe care. GMC, <https://gmcuk.wordpress.com/2016/02/23/blowingthe-whistle-on-unsafe-care>.
- Tchou M.J. et al. (2017): Teaching high-value in pediatrics: a national survey of current practices and guide for future curriculum development. *J Grad Med Educ*, 9(6): 741-747.
- Tchou M.J. et al. (2018): Confronting the hidden curriculum of high-value care education. *Hospital Pediatrics*, 8: 173-175.
- Viotti S. et al. (2018): Testing the reciprocal association among co-worker incivility, organizational inefficiency, and work-related exhaustion: a one-year, cross lagged study. *Work Stress*, 43: 334-357.
- Wall M. et al. (2014): Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden - cross-sectional study. *BMC Psychology*, 3: 253.
- West C.P., Shanafelt T.D. (2007): The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ*, 7: 29.
- White A. et al. (2006): Barriers to mental healthcare for psychiatrists. *Psychiat Bull*, 374: 1714-1721.
- Yavari N. (2016): Does medical education erode medical trainees' ethical attitude and behavior? *J Med Ethics Hist Med*, 9.

NORME PER GLI AUTORI

Organizzazione Sanitaria è un trimestrale accreditato presso l'ANVUR che pubblica esclusivamente articoli originali. La responsabilità del contenuto è esclusivamente dell'Autore. La proprietà degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice e ne è vietata la riproduzione non autorizzata, anche parziale, in qualsiasi forma e con qualunque mezzo.

Gli articoli vengono valutati dal Comitato Scientifico e dai Revisori.

I manoscritti accettati possono andare incontro ad una revisione editoriale e, se necessario, a riduzioni della lunghezza, comunque concordate con l'Autore. L'Autore riceverà una risposta sull'accettazione o meno del manoscritto entro quattro settimane.

Ogni articolo viene valutato da almeno due Revisori indipendenti. In caso di accettazione, l'Autore riceverà le bozze di stampa in formato pdf tramite posta elettronica. Eventuali correzioni dovranno essere comunicate entro la data indicata nel modulo di accompagnamento che contiene anche l'autorizzazione alla stampa e che deve essere sottoscritta dall'Autore.

A stampa avvenuta, l'Autore riceverà una copia in pdf del fascicolo nel quale compare l'articolo a sua firma.

Norme generali per l'elaborazione dei manoscritti

Il manoscritto, realizzato in word, deve pervenire tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@frgeditore.it e deve essere strutturato come segue:

- 1) *la prima pagina* deve contenere:
 - a) titolo (in italiano e inglese)
 - b) nome e cognome dell'Autore/i
 - c) istituzione di appartenenza e qualifica rivestita
 - d) parole chiave (non più di 5, in italiano e inglese)
 - e) indirizzo per la corrispondenza con: nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza; indirizzo; telefono; e-mail;
- 2) *riassunto strutturato* (obiettivi, metodi, risultati, conclusioni) di massimo 250 parole (in italiano e inglese);
- 3) *testo*, suddiviso in:
 - a) introduzione
 - b) materiali e metodi
 - c) risultati
 - d) conclusioni
- 4) *ringraziamenti* (eventuali);
- 5) *bibliografia*, limitata alle voci essenziali.

I riferimenti devono essere identificati nel testo con l'indicazione del cognome dell'autore seguito dall'anno di pubblicazione. In caso di più di due autori si indicherà il cognome del primo seguito dalla dizione "et al."

Gli autori vanno indicati con il cognome, seguito dall'iniziale del nome e, tra parentesi, l'anno di pubblicazione. All'interno dell'ordine alfabetico vale l'ordine cronologico; in caso di pubblicazioni relative allo stesso autore e allo stesso anno si utilizzino le lettere (es. 2018a, 2018b).

Di seguito si riportano alcuni esempi di citazione:

- *rivista*: Mastrobuono L., Mayr M. (2018): L'assistenza sanitaria e sociale ai pazienti affetti da patologie croniche in Provincia autonoma di Bolzano: il Master Plan Chronic Care, *Organizzazione Sanitaria*, XLII, 4: 13-74, FRG Editore, Roma.
- *libro*: Monteduro F. (2006): *Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico*, McGraw-Hill, Milano.
- *capitolo di libro*: Caruso B. (1997): "L'Europa, il diritto alla salute e l'ambiente di lavoro", in Montuschi L. (a cura di): *Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro*, Ed. Giappichelli.

Tabelle/figure, con didascalie adeguate ed eventuale citazione della fonte, numerate con numeri arabi. Dovranno essere realizzate tenendo conto del formato della rivista. Andranno citate nel testo come segue (tab. 1/fig. 1).

Acronimi e riferimenti legislativi. Si utilizzino le formule più semplici. Per gli acronimi, ad esempio: SSN, PSN, ASL, AO, DRG, ROD, FSN. Per le norme, ad esempio: L. 833/1978; D.Lgs. 29/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

ORGANIZZAZIONE SANITARIA

rivista trimestrale

Direzione, Redazione e Amministrazione

FRG Editore - Viale Gorgia di Leontini, 30 - 00124 Roma

Tel.: (39) 06.50912071 - Fax: (39) 06.50932756 - <http://www.frgeditore.it> - e-mail: info@frgeditore.it

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003

(conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma

Tribunale di Roma, n. 16664 del 27 gennaio 1977 (1ª registrazione)

Tribunale di Roma, n. 144 del 25 giugno 2013 (2ª registrazione)

Finito di stampare nel mese di Marzo 2021

Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento

LISTINO ABBONAMENTI 2021

(importi comprensivi di IVA 4% come previsto dal comma 637, art. 1, L. 28 dicembre 2015, n. 208 ad eccezione dell'abbonamento cartaceo che prevede l'IVA c/Editore)

Rivista	ISSN	Abbonamenti Italia/Estero	Fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XLV - trimestrale on line)	1827-9724	155,00	40,00	20,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (accesso annate precedenti) (*)		90,00		
MONDO SANITARIO (Vol. XXVIII - mensile 11 fascicoli on line)	1970-9374	215,00	30,00	20,00
MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti) (*)		130,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO on line		275,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (cartaceo + on line)		420,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti) (*)		160,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (Vol. XXXI - on line)	1970-9722	265,00		

(*) Solo per i nuovi abbonati.

COME ABBONARSI:

BONIFICO BANCARIO - Banca Popolare di Sondrio (IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94) intestato a **FRG Editore**, indicando nella causale il titolo della rivista e inviando copia del pagamento alla e mail info@frgeditore.it o al fax 06.50932756 segnalando un indirizzo email valido. Per l'acquisto del Codice dell'Ospedalità Privata verrà inviata una scheda di sottoscrizione da compilare e sottoscrivere. Trattandosi di abbonamenti on line, in mancanza di pagamento anticipato, non verranno attivati i codici di accesso alle pubblicazioni.

ACCESSO ON LINE - Per gli Abbonati dotati di apposito *IP statico*, l'accesso potrà avvenire tramite identificazione e riconoscimento della rete autorizzata. In assenza di detta comunicazione, entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verranno comunicate user e password per l'accesso on line alle Riviste acquistate.

FATTURAZIONE - Per ricevere la fattura è indispensabile comunicare codice fiscale, partita iva e codice univoco contestualmente al pagamento.