

L'approccio manageriale nella Sanità Pubblica: il turnover del personale e il reclutamento delle "competenze"

di C. Esposito

Sommario

1. Introduzione - 2. Aziende pubbliche: tra limiti e opportunità - 3. Aziende sanitarie: gestione pubblica con strumenti privati. Decentramento *versus* accentrimento – 4. La razionalizzazione della gestione delle Aziende Sanitarie: il reclutamento delle "competenze" – 5. L'efficienze e l'efficacia organizzativa in ambito sanitario: una sfida in corso.

1. Introduzione

La normativa vigente in materia di reclutamento del personale nella Pubblica Amministrazione e, più specificamente nell'ambito sanitario, delinea progressivamente, rispetto al passato, una maggiore vicinanza e assimilazione con le modalità gestionali appartenenti alle aziende private.

Il D.Lgs 502/92 istituisce le Aziende Sanitarie in luogo delle Unità Sanitarie Locali che, sebbene siano nate da una riforma dell'organizzazione sanitaria sul territorio nazionale, rappresentavano ancora una struttura organizzativa di matrice tipicamente ministeriale e riconducibile agli schemi della Pubblica Amministrazione. Le successive modificazioni e integrazioni si sono via via adeguate al più ampio processo di "decentramento" amministrativo che ha trovato, quale elemento propulsivo, la riforma del titolo V della Costituzione. Seppure con alcune peculiarità, anche la riforma degli ordinamenti universitari in generale e dei policlinici in particolare, ha risentito di questa trasformazione determinando, in certi casi, alcune sovrapposizioni e ambivalenze non sempre facilmente risolvibili.

Rimanendo nell'ambito del reclutamento in Sanità, ad esempio, è qui opportuno ricordare che il c.d. blocco del *turn over* del personale, che ha investito le Regioni in Piano di Rientro, ha comportato diversi problemi organizzativi, specialmente in occasione dei commissariamenti che ne sono derivati¹. Alcune forme di lavoro a tempo determinato o flessibile, tradizionalmente non così frequenti nella Pubblica

¹ Per una compiuta disamina delle problematiche relative al fenomeno in oggetto si veda Marra A., "I Pubblici impiegati tra vecchi e nuovi concorsi", in Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico, fasc.1, 1 MARZO 2019, p. 233.

Amministrazione, si sono fatte strada in una certa misura², anche in questo contesto³. Già i commi 15 *septies* e 15 *octies* del D.Lgs. 502/92, lasciavano intravedere tutta la relativa autonomia gestionale che si rendeva disponibile per il Direttore Generale di una Azienda Sanitaria.

La discrezionalità del manager peraltro è stata resa ancora più manifesta col D.Lgs. 229/99: questa asserzione viene confermata anche dalla puntualizzazione operata dalla Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, n. 3 del 19 marzo 2008, con la quale si riconosce la legittimità di reclutare professionisti a cui affidare il compito di svolgere particolari attività strategiche, sulla base di quello che nel mondo giuridico viene definito *intuitu personae*, seppure con adeguate limitazioni e vincoli di legge.

Tuttavia, sebbene sia facoltà del D.G. l'utilizzo limitato di questa forma di reclutamento, essa soggiace al principio generale previsto dall'art. 97 della Costituzione, che stabilisce, come noto, che l'accesso alla dipendenza nella P.A. deve avvenire, di norma, "mediante concorso, salvo i casi stabiliti dalla legge".

I risvolti delle riforme normative e dell'evoluzione gestionale aziendale sono caratterizzate dal conseguimento degli obiettivi economici e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni e di Assistenza, anch'esse previste dalla Costituzione.

In taluni casi, tuttavia, il mancato rispetto di questi "pilastri" ha determinato il Commissariamento e l'avvio di una procedura di infrazione che, di fatto, ha reso evidente la centralità dello Stato, seppure con un impatto limitato nel tempo e con la imposizione dei c.d. "piani di rientro" che, nella realtà, determinano una forzosa riduzione di autonomia della Regione, in controtendenza ai principi di decentramento istituzionale la cui attuazione risale al 1970⁴.

Da quanto premesso, è necessario precisare che l'obiettivo del presente lavoro è quello di illustrare un'evoluzione, tutt'ora in corso, nella quale l'azienda sanitaria si sta evolvendo verso un modello di azienda privata, gestita secondo logiche aziendalistiche.

A questa modernizzazione si accompagna peraltro un movimento "centrifugo", ossia una decentralizzazione dell'organizzazione e della tutela sanitaria che, come noto, è ricompresa dall'articolo 117 della Costituzione nelle materie di legislazione concorrente.

Si vuole dar quindi conto di un mutamento nella gestione delle strutture sanitarie che, attualmente, vengono gestite come aziende, ossia come imprese private, nelle quali il Direttore Generale deve rendere efficiente la struttura di competenza: con ciò

² Per un contributo successivo all'introduzione del c.d. jobs act si veda Zilli A., "Il lavoro flessibile nelle pp.aa. dopo il jobs act", in Lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni (II), fasc.3-4, 2015, p. 456.

Si veda anche Zoppoli L., "A dieci anni dalla riforma Bassanini: dirigenza e personale", in Lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni, fasc.1, 2008, p. 1.

³ art. 36 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i

⁴ LEGGE 16 maggio 1970, n. 281 - Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario

si intende non solo che la stessa deve garantire l'adeguata ed efficiente cura dei pazienti, ma deve anche eliminare "le zavorre" ossia ridurre i costi non remunerativi e non necessari.

La riduzione della spesa, divenuta centrale soprattutto nell'ultimo decennio, deve contemperarsi con una gestione oculata che garantisca la tutela del diritto alla salute, l'unico diritto che la nostra costituzione definisce come "fondamentale".

Oltre a ciò, il rendere efficiente la struttura amministrativa comporta anche una deroga all'articolo 97 della Costituzione, ossia all'intangibile principio secondo il quale nei pubblici uffici si accede mediante concorso pubblico.

Il presente lavoro illustrerà quindi anche i vari contratti di lavoro agile o comunque temporaneo, mutuati dalle aziende private, che si stanno affacciando anche nella Pubblica Amministrazione.

Il metodo di studio seguito è prettamente scientifico: si è passati dallo studio della normativa vigente in materia, all'esame di articoli e riviste, nonché anche della giurisprudenza in materia.

Ciò detto, nel primo paragrafo del presente lavoro si illustrerà l'evoluzione che sta investendo le strutture sanitarie a partire dalla fondamentale legge n. 241/90, nonché dal D. Lgs. 502/92 (con il quale si modifica l'idea di un'assistenza pubblica illimitata ed incondizionata (Welfare State), per addivenire ad una concezione di assistenza pubblica in cui la spesa sociale e sanitaria deve essere proporzionata alla effettiva realizzazione delle entrate e non può più rapportarsi unicamente alla entità dei bisogni).

Si darà quindi conto di un passaggio importante nella gestione della *res publica*, nella quale le strutture sanitarie devono garantire la tutela del diritto alla salute, pur rendendo efficienti le strutture e riducendo al contempo la spesa pubblica.

Questi argomenti verranno ripresi anche nel secondo paragrafo, nel quale ci si soffermerà maggiormente sull'evoluzione normativa degli ultimi anni, mediante la quale si è tentato di valorizzare il ruolo del dirigente pubblico, separando le responsabilità delle figure politiche da quelle dirigenziali.

Sempre nel secondo paragrafo sarà esaminata la figura del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, maggiormente equiparata a quello di un manager di una impresa privata, al quale si chiede anche di adeguare la struttura in modo da riscontrare la soddisfazione dei pazienti come se fossero dei "clienti".

Nel terzo paragrafo si darà enfasi alla razionalizzazione delle risorse pubbliche, con particolare riferimento al reclutamento all'interno della Pubblica Amministrazione.

Nonostante il concorso rimane il criterio "principe" per l'accesso ai pubblici uffici, si iniziano a far strada anche altri metodi di reclutamento quali, ad esempio, il ricorso alla somministrazione di lavoro, oppure il ricorso a soggetti "esterni" al settore pubblico.

Questa evoluzione porrà uno spunto interessante per riflettere sulla effettiva preparazione dei pubblici funzionari e sulla eventualità di colmare alcune lacune che ci sono nella Pubblica Amministrazione.

L'ultimo paragrafo, infine, esaminerà la necessità di riformare e riqualificare il personale amministrativo, in modo da consentire anche al personale interno di avere delle conoscenze e delle esperienze adeguate.

Parimenti si evidenzierà l'esigenza di far accedere nella P.A. delle figure dotate di adeguata professionalità ed esperienza, in grado di elevare il livello di qualificazione e di professionalità degli stessi pubblici uffici.

Ciò condurrà ad esaminare il Piano dei Fabbisogni e la sua portata strategica all'interno dell'Amministrazione pubblica.

2. Aziende pubbliche: tra limiti e opportunità

Diversamente da quanto avvenuto nel passato (quando la gestione della "res" pubblica era percepita quasi come un'astrazione, sia dall'interno che dall'esterno, per effetto di una effettiva azione programmatica e assenza di obiettivi misurabili), si assiste oggi ad una progressiva volontà di riqualificare la Pubblica Amministrazione in generale e il mondo sanitario in particolare, seppure ancora con notevoli difficoltà.

Negli ultimi decenni si sono avvicinate diverse trasformazioni generate da altrettanti cambiamenti di modelli organizzativi, apportati dalle normative che hanno cercato di andare al passo con i tempi, sia in materia di efficienza e di economicità che di servizio al cittadino. Ne sono esempi la Legge 241/90, il D.Lgs. 29/93, la riforma del Titolo V della Costituzione ([legge costituzionale](#) n. 3 del 18 ottobre 2001), il D. Lgs. 165/2001 (riforma Bassanini), il D. Lgs. 150/2009 (Decreto Brunetta), solo per citare le più recenti normative che hanno poi aperto la strada per la riforma Madia (Legge 124/2015).

Se si riflette sul fatto che il principio di "trasparenza" degli atti amministrativi viene introdotto definitivamente solo dal 1990 quando, con la Legge 241, si inizia a parlare di "semplificazione" di una Pubblica Amministrazione che appariva, forse, troppo "complicata" e "chiusa" su sé stessa, appare chiaro che i tempi per avvicinare il cittadino alla macchina amministrativa ha radici relativamente giovani⁵. Basti

⁵ Si deve inoltre rimarcare la distinzione fatta dalla dottrina tra la c.d. "liberalizzazione" e "semplificazione", intendendosi per quest'ultima la "facilitazione del privato nelle modalità di accesso a talune attività soggette al potere, quanto meno di "controllo", delle autorità amministrative, anche con l'obiettivo di una riduzione degli oneri posti a suo carico" (così Sandulli M.A., "Il procedimento amministrativo e la semplificazione", Report annuale febbraio 2013, in [Ius-publicum.com](#). l'A. specifica, inoltre, che è possibile distinguere due tipologie di semplificazione: quella "in senso stretto", a cui si sta facendo riferimento, e quella in "senso lato", da intendersi quale "riduzione delle fasi attraverso le quali si giunge all'adozione e all'approvazione del provvedimento finale e, più in generale, alla accelerazione nella definizione del procedimento (in cui rientrano le misure di razionalizzazione dei tempi del procedimento, la conferenza di servizi, gli accordi)").

Per quanto concerne la liberalizzazione, invece, essa può essere intesa come soppressione piena del condizionamento pubblicistico, oppure come sostituzione del potere di controllo *ex ante* con quello di conformazione e repressione *ex post*: la cd. "liberalizzazione temperata" (sul punto si veda più diffusamente Pica N., "La tutela processuale dell'interesse pubblico: considerazioni a partire dalla legittimazione ad agire dell'AGCM", in *Diritto Processuale Amministrativo*, fasc.3, 1 Settembre 2019, p. 807).

pensare che le Amministrazioni Pubbliche fino a quel momento “protegevano” delle informazioni di cui non erano proprietarie, solo per una presunta auto-attribuzione del ruolo di garante.

Ciò detto, dal 1990 in poi, assistiamo sempre di più ad un avvicinarsi di provvedimenti che culmineranno nell’adozione di un moderno sistema di gestione manageriale (esempio Sanità), consistenti in organizzazioni molto polverose e cartacee, ancora lontane dalla moderna visione dell’informatizzazione delle informazioni, senza la quale risulta inadeguato ogni tentativo di misurare, valutare, programmare e pianificare interventi strategici volti all’efficientamento del sistema.

La c.d. modernizzazione di Servizio Pubblico, nella sua accezione di erogatore di servizi, non potrà che partire dal processo di digitalizzazione.

Tuttavia, questa evoluzione della P.A. tarda ad aggiornarsi, malgrado nell’ultimo trentennio siano stati posti in essere numerosi “sforzi normativi” che hanno spinto, tra l’altro, verso il decentramento amministrativo: dalla riforma del titolo V, *in primis*, all’applicazione dei principi manageriali e, in antitesi ad essi, ai recenti commissariamenti da parte dell’istituzione statale, volti a collocare in posizione preminente il risanamento dei bilanci e il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tutte le soluzioni messe in campo sono state indirizzate, con rinnovato vigore, verso la territorializzazione, riprendendo, quale esempio virtuoso, il modello privatistico e manageriale. Ciò è avvenuto nonostante la materia in questione non si sarebbe mai potuta annoverare tra quelle finalizzate al profitto, tipicamente rappresentate dalla produzione industriale e dalle dinamiche commerciali, posto che esse sono improntate al benessere collettivo nonché alla cura del pubblico interesse.

La Sanità - il cui modello ha iniziato a ricercare connessioni con le organizzazioni industriali, seppure il *target* avesse, quali elementi primari, il valore elevato e difficilmente quantificabile della salvaguardia della Salute Pubblica - ha risentito, più di altri ambiti, dell’avvicinarsi delle riforme.

La trasformazione delle vecchie “mutue” in Aziende guidate da un “manager”, non sarebbe potuta avvenire se non fossero subentrati anche degli strumenti operativi messi a disposizione del Direttore Generale che può avvalersene, seppure con tutte le limitazioni del caso, per raggiungere gli obiettivi imposti dalla limitatezza delle risorse a sua disposizione⁶.

⁶ Nell’ambito sanitario è stato anche sottolineato come siano “particolarmente accentuate le prerogative imprenditoriali e tecniche nonché la natura ‘professionale’ dei dipendenti (in genere inquadrati entro albi e collegi).

Il che comporta una sottolineatura del carattere per c.d. manageriale (e non politico-istituzionale) dell’attività di alta amministrazione ed altresì una sorta di contiguità fra la dirigenza di vertice e quella ad essa più vicina.

Tale differenziazione si esprime non solo nella complessa regolazione dell’esclusività del rapporto e della disciplina dell’attività libero-professionale extramuraria (artt. 15-quater, 15-quinques, 15-sexies, 15-duodecies, 15-quatordecies del d.lgs. 502/92), ma anche e soprattutto nelle specifiche norme che riguardano l’accesso alla categoria, ne delineano le tipologie e ne individuano compiti e funzioni (v. gli artt. 15-bis, 15-ter, 15-terdecies del d.lgs. 502/92)” (cit. Mazzotta O., “Attribuzioni e poteri del dirigente sanitario”, Lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni, fasc.3-4, 2003, p. 471.)

Con il D.Lgs. 502/92 si modifica l'idea di un'assistenza pubblica illimitata ed incondizionata (Welfare State), per addivenire ad una concezione di assistenza pubblica in cui la spesa sociale e sanitaria deve essere proporzionata alla effettiva realizzazione delle entrate e non può più rapportarsi unicamente alla entità dei bisogni.

Ma come è possibile trovare la giusta mediazione tra limitazioni di legge ed esigenze manageriali, tra la scarsità di risorse e la salvaguardia di un bene così primario valore? Questa domanda trova difficilmente una risposta appropriata ed esauriente, tenuto conto che talvolta i tempi, le procedure, nonché le risorse e le esigenze sociali non sono funzione della medesima necessità, né costituiscono sempre un ben definito processo razionale.

Soffermandoci sulla materia sanitaria, seppure con notevoli difficoltà, è condiviso il parere che essa rappresenti l'ambito della pubblica amministrazione più complesso da trattare e, in quanto tale, è comprensibile (anzi necessaria) la impazienza con cui si ricercano soluzioni sempre più appropriate.

Pertanto, anche i concetti di pianificazione e programmazione sanitaria assumono un valore determinante se osservati nell'arco temporale degli ultimi 50 anni.

Nel 1972 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicò: *"La pianificazione nelle organizzazioni sanitarie"*, un documento incentrato su come operare una programmazione efficace all'interno degli ospedali, dei centri sanitari di comunità, dei centri di riabilitazione, nonché dei centri di lunga degenza, avendo in mente un periodo di lungo termine.

Il concetto di pianificazione si evolve poi negli anni successivi, diventando "pianificazione strategica" fino ad evolversi, nei giorni nostri, in "management e controllo strategico".

Considerate le attuali esigenze di monitoraggio, necessarie per far fronte ai delicati meccanismi di "causa/effetto" che determinano l'efficienza gestionale nel breve periodo, la prima domanda da porsi è la seguente: è ancora valido il modello gestionale che la normativa vigente sostiene? Ed ancora: come è possibile fronteggiare le nuove esigenze di mantenimento degli standard sanitari, con la progressiva scarsità delle risorse?

3. Aziende Sanitarie: gestione pubblica con strumenti privati. Decentramento versus accentramento

Le Aziende Sanitarie Locali nascono per effetto della riforma della Sanità in un momento storico nel quale si è resa necessaria una spinta verso il decentramento dei principali servizi pubblici. Il periodo storico è quello in cui viene istituita la Legge

241/90⁷ che disegna una riforma che si completa con un'altra legge di principio, relativa all'ordinamento delle autonomie locali, ossia con la Legge 142/90⁸ e con il decreto legislativo 29 del 1993⁹. Quest'ultima Legge tenta di valorizzare il ruolo del dirigente pubblico separando con nettezza le funzioni, e quindi anche le responsabilità, delle figure politiche e delle figure dirigenziali.

In questi anni si entra quindi nell'ottica che l'amministrazione pubblica è al servizio dei cittadini.

Il Decreto Legislativo n. 502/92 è il risultato di una nuova visione politica della Pubblica Amministrazione che deve risultare più efficiente e vicina alle esigenze dei cittadini.

Da questo quadro è risultato quasi scontato che le "nuove aziende" avrebbero dovuto adeguarsi ad un modello di "decentramento" amministrativo veicolato da una struttura propulsiva, avente quale motore la riforma del titolo V della Costituzione.

Ma questo è un passo che la storia del nostro paese avrebbe conosciuto definitivamente negli anni successivi.

Nei primi anni Novanta, il modello "pubblico" è stato visto con diffidenza da quanti professavano che il "privato" fosse sinonimo di efficienza e, pertanto, si è sostenuto che la "vecchia" struttura centralistica dovesse essere necessariamente mutata tenendo conto del livello dei debiti e del dispendio di risorse pubbliche che ha cagionato grave nocimento alle casse dello Stato¹⁰.

La nuova "rivoluzione" gestionale, fatta di *budget*, di contabilità economico-patrimoniale, di indicatori e dei Livelli Essenziali di Assistenza, è sembrato essere l'approccio più appropriato.

⁷ LEGGE 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"

⁸ LEGGE 8 giugno 1990, n. 142 "Ordinamento delle autonomie locali" che sarà poi abrogata dal D.Lgs. 18 agosto 2000, N. 267.

⁹ DECRETO LEGISLATIVO 3 febbraio 1993, n. 29 Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, abrogata dal D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165

¹⁰ Questi avvenimenti si collocavano successivamente ad un'idea tipicamente dirigista dello Stato, che si "muta" in imprenditore, non tanto per consentire una maggiore velocità nell'erogazione dei servizi pubblici, ma soprattutto per investire in ambiti prettamente commerciali, con il fine nemmeno troppo velato di dirigere gli affari economici di maggior rilievo.

A questa concezione si è contrapposto, indubbiamente, anche il processo di armonizzazione del nostro ordinamento con i principi provenienti dalla Comunità Europea, i quali hanno imposto una complessiva revisione dell'assetto organizzativo dell'azionariato pubblico, frutto evidente di una nuova ondata di politiche "neoliberiste" dell'Unione Europea.

Si fa strada quindi l'idea che il pubblico potere possa svolgere solamente una funzione di regolazione dall'esterno del mercato che sempre più viene inteso come "formazione sociale naturale", ossia come organismo che per funzionare non ha bisogno di alcun puntello esterno.

Sul punto si veda anche Catricalà A., "I succedanei dell'ente pubblico nell'epoca delle privatizzazioni, a) Le agenzie (cenni)", in "Rivista Trimestrale degli Appalti" n. 4/2000, Maggioli Editore.

Di fatto, il modello manageriale del sistema sanitario ha trovato diversi ostacoli prima di entrare in azione, proprio a causa della complessa dimensione dei problemi da risolvere, nonché dalla derivazione “ministeriale” da cui partiva.

Il nuovo ruolo del Direttore Generale di un’Azienda Sanitaria, garante del funzionamento della nascente ASL, ha dovuto tenere ben presente che il suo principale obiettivo, volto a garantire la “Salute pubblica” mediante l’efficiente e razionale gestione delle risorse, avrebbe dovuto prendere in considerazione un obiettivo rappresentato dal “Bene per eccellenza” di una popolazione. Basti pensare alla “anomala” proporzione tra strumenti “limitati” e obiettivi “quasi infiniti” per comprendere le difficoltà e la complessità del compito da realizzare.

Le organizzazioni che trattano la cura degli ammalati, nella visione più moderna, considerano gli stessi nella loro condizione di “customer” (ossia di clienti e non di pazienti) di derivazione anglosassone.

Le Strutture Sanitarie Pubbliche hanno iniziato a condizionare le proprie formule gestionali tentando di applicare progressivamente tutti i principi costituenti la *customer satisfaction*¹¹; quindi non è più solo necessario curare le malattie, ma preoccuparsi del “come” avviene la cura, introducendo i principi propri della qualità dell’accoglienza, la garanzia del rispetto della *privacy* ed il monitoraggio degli standard, mediante appositi indicatori di performance¹².

Si rendono indispensabili quindi dei nuovi strumenti che non trattino esclusivamente gli effetti di base già genericamente osservati quali, a titolo esemplificativo, il tasso di occupazione dei posti letti, il *case mix*, il peso dei DRG¹³; appare così evidente che le esigenze di monitoraggio e di valutazione delle *performance* assumono via via un peso maggiore, fino a costituire addirittura i capisaldi per il mantenimento dell’autonomia regionale in materia di Salute.

Ma le misure introdotte dal governo centrale per il recupero dei disavanzi sanitari regionali e il monitoraggio delle politiche di risanamento rappresentano un ulteriore settore di rilievo nel controllo della spesa sanitaria, la quale “stride” talvolta col processo di federalismo definito dal D. Lgs. 68/2011¹⁴ che, a sua volta, trova spunto

¹¹ Per un maggior approfondimento sulla tematica si veda Tarullo S., “Buone prassi e continuità dell’amministrazione pubblica”, in *Diritto Amministrativo*, fasc.1-2, 2013, p. 149.

¹² Gli indicatori sono strumenti per misurare fenomeni che di per sé non sono facilmente misurabili quali ad esempio la misurazione di qualità di una struttura, di un processo o di un esito. Tali fenomeni hanno bisogno di indicatori sempre più appropriati mediante i quali fenomeni di difficile misurazione possano risultare valutabili e confrontabili. Linee guida in tema di trattamento di dati per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction in ambito sanitario - 5 maggio 2011 (Pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 120 del 25 maggio 2011)

¹³ L’adozione del sistema dei Diagnosis Related Groups (DRG) quale classificazione dei ricoveri ospedalieri per acuti nell’ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN), anche a fini di remunerazione degli ospedali, risale al 1994. La ICD-10 è la decima revisione della classificazione ICD, ossia la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, proposta dall’OMS

¹⁴ D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68 Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario

dalla modifica al D.Lgs. 502/92 mediante l'art. 19 *ter* del D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 per la determinazione dei costi e fabbisogni standard.

I recenti scenari in materia di Commissariamento – quando in pratica, all'opposto delle spinte quasi secessioniste delle Regioni del nord Italia, viene quasi messa in discussione la stessa riforma federalista che affida alle Regioni la gestione in materia di Sanità – rendono più evidenti gli strumenti di intervento volti al raggiungimento degli obiettivi di risanamento.

Sembra quasi contraddittorio riformare le Pubbliche Amministrazioni mediante norme che ne ridisegnano i modelli gestionali, ma che, al contempo, assuma sempre più peso il ricorso al Commissariamento ministeriale.

Tale "intromissione", seppure prevista dalla Legge, intraprende percorsi alternativi, talvolta difficili da controllare, senza che vi sia la certezza di una adeguata opportunità. Se in realtà l'intervento del governo centrale negli affari regionali, mediante un Commissario, assume la riproposizione di strategie alternative all'azione regionale, certamente si tratta di dichiarare il fallimento di un *management* senza che vi sia la garanzia di un'adeguata inversione di tendenza.

La macchina amministrativa regionale è chiaramente complessa e solo le sinergie tra le singole entità sanitarie, volte al risanamento, possono superare la crisi che si è generata. Appare chiaro che si tratti non tanto di una riqualificazione delle competenze, ma di una ridefinizione dell'azione politica, volta a garantire nuovamente il rispetto degli standard economici e prestazionali.

Sembra quasi contraddittorio adottare un modello di decentramento di ispirazione "privatistica" se poi molti strumenti gestionali mantengono ancora parametri di tempo e modalità fin troppo dilatori: basti pensare, ad esempio, che il processo di reclutamento attraverso il concorso pubblico, tra programmazione, pubblicazione, esperimento della mobilità, oggi divenuta facoltativa, successiva pubblicazione dei bandi per titoli ed esami, valutazione delle prove e nomina dei vincitori, dura mediamente tra gli 8 mesi e i 2 anni¹⁵.

Tuttavia, va detto che in quest'ambito sono previsti alcuni strumenti, seppure in progressivo disuso e limitati per legge, che forniscono opportunità pari a quelli del settore privato, volti a fronteggiare le immediate carenze di personale e a garantire il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, grazie anche all'introduzione di elementi di discrezionalità manageriale.

Il Decreto Legislativo n. 502/92¹⁶, successivamente modificato e integrato da molteplici provvedimenti normativi¹⁷, prevede l'applicazione di strumenti idonei alle

¹⁵ Busico L. – Tenore V., "La disciplina giuridica dei concorsi nel pubblico impiego: Il procedimento concorsuale – le controversie concorsuali – Normativa – Giurisprudenza – Dottrina", in *Pubblica Amministrazione*, COSA & COME - Giuffrè Editore, 2006, p. 267.

¹⁶ DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (GU n.305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137)

esigenze manageriali, anche in termini di reclutamento di particolari figure professionali non presenti tra il personale in forza all'Azienda e di non semplice reperimento, che esprimono anche una valorizzazione di elementi di carattere fiduciario.

Sul punto, una recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 23 del 2019) riferendosi agli incarichi attribuiti ai segretari comunali, ha dichiarato la legittimità costituzionale dello *spoils system* definendo tale meccanismo un "*non irragionevole punto di equilibrio tra le ragioni dell'autonomia degli enti locali, da una parte, e le esigenze di un controllo indipendente sulla loro attività, dall'altro*"¹⁸.

4. La razionalizzazione della gestione delle Aziende Sanitarie: il reclutamento delle "competenze"

La Costituzione Italiana sancisce quali sono le modalità di reclutamento del personale nella Pubblica Amministrazione.

Il concorso per titoli ed esami resta lo strumento principale per l'accesso ai ruoli del personale; tuttavia le norme che si sono avvicinate con la Riforma della Pubblica Amministrazione hanno lasciato uno spazio, seppure ristretto, di acquisizione di figure professionali utili per determinate e parziali necessità.

Si parte dal recente utilizzo del personale somministrato¹⁹, alla creazione di borse di studio²⁰, fino all'applicazione dell'art. 15 *septies* (ed anche 15 *octies* per altre caratteristiche) del D. Lgs. 502/92, laddove il *manager* che guida una A.S.L., alla luce di quanto in esso stabilito, ha la facoltà di "*conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a*

¹⁷ D. LGS 7 dicembre 1993, n. 517; Legge 17 OTTOBRE 1994, N. 590; Legge 28 dicembre 1995, n. 549; Legge 23 dicembre 1996, n.662; Legge 17 gennaio 1997, n. 4; D.LGS. 15 DICEMBRE 1997, N. 446; Legge 27 dicembre 1997, n.449; Legge 23 dicembre 1998, n. 448; Legge 13 maggio 1999, n.133; D.Lgs. 7 giugno 2000, n. 168; Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; D.LGS. 21 DICEMBRE 1999, N. 517; D.Lgs. 2 marzo 2000, n. 49; D. Lgs. 28 luglio 2000, n. 254; Legge 23 dicembre 2000, n. 388; Legge 16 novembre 2001, n. 405; Legge 4 aprile 2002, n. 56; Legge 26 maggio 2004, n. 138; Legge 1 febbraio 2006, n. 43; Legge 24 dicembre 2007, n. 244; D.LGS. 15 MARZO 2010, N. 66; Legge 4 novembre 2010, n. 183; Legge 12 novembre 2011, n. 183; Legge 8 novembre 2012, n. 189; D.LGS. 8 APRILE 2013, N. 39; D.P.R. 28 marzo 2013, n. 44; Legge 21 febbraio 2014, n. 9; D.Lgs. 4 agosto 2016, n. 171; Legge 4 dicembre 2017, n. 172;

¹⁸ La Corte Costituzionale poi, riferendosi alla sua costante giurisprudenza, ha peraltro ribadito che "*l'incompatibilità con l'art. 97 Cost. di disposizioni di legge, statali o regionali, che prevedono meccanismi di revocabilità ad nutum o di decadenza automatica dalla carica, dovuti a cause estranee alle vicende del rapporto instaurato con il titolare, non correlati a valutazioni concernenti i risultati conseguiti da quest'ultimo nel quadro di adeguate garanzie procedurali (sentenze n. 52 e n. 15 del 2017, n. 20 del 2016, n. 104 e n. 103 del 2007), quando tali meccanismi siano riferiti non al personale addetto agli uffici di diretta collaborazione con l'organo di governo (sentenza n. 304 del 2010) oppure a figure apicali, per le quali risulti decisiva la personale adesione agli orientamenti politici dell'organo nominante, ma a titolari di incarichi dirigenziali che comportino l'esercizio di funzioni tecniche di attuazione dell'indirizzo politico (sentenze n. 269 del 2016, n. 246 del 2011, n. 81 del 2010 e n. 161 del 2008)*".

¹⁹ Di Maio A., "*La somministrazione nella pubblica amministrazione tra esigenze di flessibilità e percorsi di riforma*", in www.bollettinoadapt.it, 2016, pp. 12 e ss..

²⁰ Per fare un esempio in altro ambito della P.A., si pensi alle borse di studio erogate ai tirocini presso gli uffici giudiziari previsti dall'art. 73, comma 1°, D.L. 69/2013 convertito con modificazioni dalla legge 98/2013, come successivamente integrato dal decreto 90/2014. I tirocinanti in questione vengono peraltro ad essere compresi, per espressa previsione dell'art. 50 del D.L 90/2014 convertito dalla L. 114/2014, all'interno dell'Ufficio per il processo insieme al personale di cancelleria, al fine di ridurre il c.d. arretrato del contezioso giudiziario.

tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo” con limiti previsti dalla normativa stessa, a “laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale”.

I contratti cui sopra *“hanno durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo”.* Sulla falsa riga del precedente, più recentemente è stato disposto, dall’art. 7, comma 6, D. Lgs. n. 165/2001, modificato dal D. Lgs. n. 75/2017, che la Pubblica Amministrazione può ricorrere ad incarichi individuali esterni, affidati a soggetti non facenti parte del personale in servizio.

Questi contratti possono essere stipulati per fare fronte a specifiche esigenze non fronteggiabili con il personale in servizio, mediante l’utilizzo di soggetti esperti, aventi particolare e comprovata specializzazione, anche universitaria. Appare quindi evidente che questa facoltà, nelle mani del Direttore Generale, seppure limitata, introduce un principio secondo il quale un manager ha la facoltà di scegliersi alcuni collaboratori che, collocati in posti chiave dell’Azienda, possano fornire in breve tempo (e con *funzioni di particolare rilevanza*), soluzioni che diversamente sarebbero difficili da trovare, in carenza di specifiche figure professionali presenti nell’organico. Risulta tuttavia necessario riconoscere che la Pubblica Amministrazione ha risentito di un *gap* di professionalità che si è prodotto nel corso dei decenni che non è stato colmato; ciò è avvenuto, a parere di chi scrive, a causa della politica di risanamento economico imposta dai principi di salvaguardia dei bilanci.

In tempi più recenti, infatti, se da una parte la *spending revue* ha prodotto una maggiore efficienza e razionalizzazione nella spesa, dall’altra ha provocato una rarefazione di figure dirigenziali apicali, a causa del blocco del *turn over* venutosi a determinare, in particolare, nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro²¹.

Il contenimento della spesa per il personale sanitario ha inciso sulle misure relative a:

1. la revisione delle dotazioni organiche;
2. la proroga del tetto alla spesa per il personale dipendente (pari alla spesa per il personale registrata nell’anno 2004 diminuita dell’1,4 per cento), disposta per il periodo 2010 - 2012 in attuazione del Patto per la Salute 2010 - 2012 e poi prorogata al triennio 2013 - 2015 (D.L. n. 98/2011 e D.L. n. 95/2012), e tuttora vigente;
3. il blocco dei rinnovi contrattuali;
4. il limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011 - 2013 pari al trattamento spettante nell’anno 2010, introdotto dal decreto legge 78/2010, prorogato fino al 2014 dal decreto legge 98/2011, ed ulteriormente esteso al 2015 con la stabilità 2015 (legge 190/2014);

²¹ È importante rilevare che la recente introduzione dell’articolo 3, Legge 19 Giugno 2019, n. 56, ha disposto uno sblocco del *turn over* per “*le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie e gli enti pubblici non economici, ivi compresi quelli di cui all’articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*”; la disposizione fa salvo l’articolo 1, comma 399, della Legge 30 Dicembre 2018, n. 145 (Legge di Bilancio 2019) che ha stabilito il blocco delle assunzioni di personale per alcune amministrazioni “*con decorrenza economica anteriore al 15 novembre 2019*”.

5. la rideterminazione automatica dei fondi per il trattamento accessorio del personale, in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio (decreto legge 78/2010 convertito con modificazioni in Legge 30 luglio 2010, n. 122);

6. il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale (decreto legge 98/2011 e legge di stabilità 2014).

Sabino Cassese, presidente emerito della Corte Costituzionale, nel definire il personale delle pubbliche amministrazioni afferma che “le amministrazioni non hanno corpo, né testa. Non hanno corpo perché hanno sempre raccolto personale senza reclutarlo né formarlo in modo adeguato [...]. Non hanno testa anche perché non si è mai formata una *élite* amministrativa, un corpo di amministratori pubblici al vertice”²².

Gli anni del blocco del *turn over* hanno determinato un aggravamento della situazione. Il ritardo di un'azione di sviluppo delle figure apicali, provocato anche dalla necessità di procedere in via prioritaria al reclutamento delle figure sanitarie (medici ed infermieri), sta compromettendo, paradossalmente, quanto faticosamente costruito mediante il progressivo risanamento finanziario dei bilanci delle Aziende Sanitarie in *deficit*, in periodi nei quali è stato necessario ridurre le spese eccessive e non improduttive.

Oggi ci troviamo di fronte ad uno scenario che ha bisogno di politiche di razionalizzazione e programmazione mirate allo sviluppo della qualità e alla definizione dell'eccellenza.

Il ricorso agli strumenti “alternativi” al reclutamento classico sono stati adoperati con molta parsimonia, seppure abbiano apportato diversi innesti di professionisti di elevata competenza.

È anche opportuno comprendere che esempi di relativa autonomia gestionale che si appalesano mediante il residuale ricorso all'art. 15 *septies* del D. Lgs. 502/92, o al più recente art. 19 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 (sovrapponibili al citato art. 15 *septies* il quale rappresenta, in ogni caso, un riferimento normativo vigente, seppure originato dalla disciplina in materia sanitaria, già oggetto di diverse modificazioni), di fatto non risolvono il fenomeno che è di più ampia portata.

Il binomio *competenze vs conoscenze* fa fatica a trovare la propria collocazione in una visione più ampia del processo reclutante. Le competenze definibili quali capacità di “usare conoscenze”, abilità e capacità personali, sociali, metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale, sono identificabili già ad uno stadio più elevato. Esse presuppongono formazione, esperienza, maturità professionale, applicazione delle conoscenze in ambiti già sperimentati ed attengono a persone il cui percorso lavorativo si sia già strutturato e sedimentato.

²² S. CASSESE, *Lo Stato introvabile*, Roma, 1997, pp. 75-76.

La presenza di giovani risorse che per definizione non posseggono adeguate “competenze”, considerata la loro esperienza quasi completamente ascrivibile a quella scolastica, non garantisce da sola un arricchimento di un ambiente che risulta oggi “professionalmente impoverito”.

Così il panorama di competenze della Pubblica Amministrazione, nella sua specificità, seppure si sia talvolta ricorsi all’art. 15 *septies* del D. Lgs. 502/92, è caratterizzato da sporadici innesti di professionisti, i cui contratti temporanei non garantiscono un radicamento di queste figure professionali di elevata qualificazione e le cui rispettive competenze siano atte a produrre spazi di crescita e sviluppo tra il personale di ruolo. Tutto ciò è condizionato da una scarsa capacità della Pubblica Amministrazione di “approfittare” delle qualità professionali di queste persone, cogliendo l’occasione di una crescita in grado di predisporre un adeguato piano di riqualificazione del personale di ruolo.

Il ricorso limitato a questi contratti, che di per sé hanno la caratteristica di limitatezza temporale, evidenzia la loro natura fiduciaria, considerato anche che, in conformità alla Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, n. 3 del 19 marzo 2008, possono essere stipulati *intuitu personae*, proprio a confermare il carattere personalistico del rapporto. Proprio per questo motivo essi sono esclusi da un eventuale processo di “stabilizzazione”. Occorre ricordare, inoltre, che detti contratti non possono essere utilizzati per conferire incarichi di Unità Operative Complesse²³.

Di recente emanazione sono anche le “Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni da parte del personale della PA”²⁴ che concorrono a strutturare, con maggiore organicità, le forme di reclutamento, le quali devono basarsi su principi di razionalizzazione dell’utilizzo del personale.

Viene modificato il concetto di “pianta organica” e di “dotazione organica”²⁵ in favore di un modello più appropriato di *Piano del Fabbisogno*, il cui riferimento maggiore diviene quello determinato dall’impatto economico. Non a caso, il riferimento cardine di ogni Piano diventa il limite economico imposto dall’art. 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191, pari al – 1.4% del valore del costo del personale dell’anno 2004.

Come specificato dalle Linee di indirizzo, è necessario definire, “in coerenza e a valle dell’attività di programmazione”, il corretto numero di risorse umane da inserire nel *Piano Fabbisogno*, coniugando le “regole costituzionali di buona amministrazione, efficienza, efficacia ed economicità dell’azione amministrativa” unitamente al miglioramento “della qualità dei servizi offerti ai cittadini e alle imprese”,

²³ Art. 15, comma 7-quinquies D. Lgs. n. 502/92 modificato

²⁴ G.U. n. 173 del 27 luglio 2018, adottate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica Amministrazione della Funzione Pubblica

²⁵ Art. 6 del D. Lgs. n. 165/2001 come modificato dall’art. 4 del D. Lgs. n. 75/2017

garantendo pertanto l'erogazione di *performance* organizzative e produttive al passo con i tempi, nel rispetto di obiettivi prefissati e delle vigenti normative in materia²⁶.

5. *L'efficienza e l'efficacia organizzativa in ambito sanitario: una sfida in corso*

Per garantire efficienza ed efficacia sono necessari modelli, piani e programmi a garanzia di tali principi. Tuttora, nei processi burocratici inerenti al reclutamento del personale, essi sono difficilmente armonizzati.

Sempre in ambito sanitario, nelle Regioni investite dai Piani di Rientro che erano state assoggettate al blocco del *turn over* (che ha però generato contratti atipici, abuso di lavoro somministrato e, pertanto, precariato), si sta assistendo, negli ultimi mesi, al fenomeno della stabilizzazione, oltre al pullulare di ricorsi legali per il riconoscimento di disapplicazioni normative.

Il sistema ha certamente prodotto il risanamento dal deficit patrimoniale delle Aziende Sanitarie descritto nei bilanci regionali degli ultimi anni, ma, di contro, si sono creati ampi spazi di impoverimento professionale, generati dalla inevitabile quiescenza di figure professionali in possesso di elevata qualificazione, in luogo di nuovi ingressi di personale non dotato di *competenze* adeguate alle esigenze.

La necessità di riqualificazione del livello medio del personale in ambito amministrativo, ad esempio, che potrebbe beneficiare di meccanismi formativi di professionalizzazione per "propaggine", è rapportabile alle medesime necessità di reclutamento del personale sanitario ad oggi ancora molto carente.

Mentre per le figure mediche o sanitarie risulta relativamente più semplice acquisire "competenze", in quanto le *conoscenze* acquisite durante il corso degli studi, risultano molto più sbilanciate verso la professionalizzazione, considerate le maggiori opportunità di lavoro che si presentano, d'altro canto risulta evidente che le opportunità di acquisizione di *competenze* di carattere tecnico/amministrativo e manageriali sono inferiori, nel loro complesso, anche per la variegata applicabilità degli ambiti lavorativi. Un medico, generalmente, svolge la propria attività in conformità alla specializzazione che ha conseguito. Un economista possiede delle conoscenze più ampie e diversificate e pertanto meno immediatamente spendibili a causa della vastità degli ambiti lavorativi nei quali può venire a trovarsi. Quindi in quest'ultimo caso, le *competenze* risultano essere acquisibili con maggiore difficoltà. Seppure si siano compiuti passi notevoli verso la formazione professionalizzante, è necessario prevedere spazi più definiti per lo sviluppo delle competenze.

²⁶ Vedi art. 5 comma 1 del D. Lgs. n. 150/2009

Una maggiore propensione ed equilibrio delle procedure concorsuali, che associno requisiti di conoscenza con quelli di competenza, risulta di vitale importanza.

Non può essere trascurata l'esigenza di progressione verticale del personale interno, detentore di un patrimonio di competenze maturate sul campo come, al tempo stesso, è auspicabile l'accesso dall'esterno di giovani qualificati con profili elevati ed in possesso di un livello di conoscenza superiore, maturati mediante specifici processi formativi.

Appare evidente che la Pubblica Amministrazione ha necessità di costruire con attenzione le basi per la propria esistenza futura. È indispensabile prevedere percorsi misti di accesso alle posizioni apicali, premiando competenze e conoscenze, anche mediante la progettazione di un sistema di empowerment.

L'accesso dall'esterno di figure professionali qualificate, con l'obiettivo di reperire professionisti in possesso di requisiti a cui affidare *funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico*, rappresenta spesso una strategia appropriata per professionalizzare un determinato ambito aziendale. Una siffatta procedura deve determinare un valore aggiunto in una situazione dove sia necessario fare un "salto di qualità": il professionista funge spesso da *trainer*, ossia da "catalizzatore" del percorso di crescita professionale nell'ambito dell'Unità Operativa dove è collocato e, se ben costruita, l'azione posta in essere può sviluppare fenomeni di immediata accelerazione delle dinamiche organizzative e procedurali, spesso trascurate in ambito pubblico, sebbene considerate determinanti ai fini dell'efficientamento dei sistemi. La conoscenza non basta dunque: è necessario investire su professionalità che siano in possesso di competenze in grado di guidare le trasformazioni delle pubbliche amministrazioni con buone capacità di *leadership* e di quello che attualmente viene definito come *problem solving*.

Attualmente le Aziende del Servizio Sanitario Regionale si trovano ad applicare – in conformità a quanto stabilito dal D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165²⁷ - i Piani Triennali del Fabbisogno del Personale (PTFP), annualità 2019 – 2021, mediante i quali *"le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali"*²⁸.

A tal proposito il Ministro per la Semplificazione e la pubblica amministrazione ha emanato linee di indirizzo²⁹ allo scopo di regolamentare l'adozione dei PTFP con i

²⁷ DECRETO LEGISLATIVO 30 marzo 2001, n. 165 - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. (GU n.106 del 9-5-2001 - Suppl. Ordinario n. 112)

²⁸ Art. 6 D.Lgs. 165/2001

²⁹ Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA. Registrato presso la Corte dei Conti il 9 luglio 2018 - Reg.ne - Succ 1477 - Pubblicata in Gazzetta Ufficiale- Serie Generale n. 173 del 27 luglio 2018

quali ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili, perseguendo obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini. Nello specifico, l'art. 7 di dette Linee, allorché si fa riferimento alle Aziende ed Enti del SSN, definisce, in sintesi, il principio ispiratore cardine di tutta la strategia organizzativa aziendale: il contenimento dei costi del personale.

La parte puramente organizzativa sembra quasi passare in secondo ordine se si osserva che, al di là di ogni suggerimento tecnico o algoritmo da considerare per un corretto adeguamento delle risorse alle esigenze di erogazione delle prestazioni che pure risulti necessario, l'elemento fondamentale è rappresentato dal vincolo di spesa corrispondente all'ammontare della spesa del personale dell'anno 2004, diminuita del 1,4 %.

Le varie manovre economico finanziarie che si sono succedute negli ultimi anni³⁰, hanno ribadito i livelli con cui le singole Regioni hanno adempiuto a detta razionalizzazione, mantenendo quale riferimento forte detto vincolo.

Risulta pertanto importante il valore strategico del tecnicismo organizzativo, contenuto e declinato nell'articolazione e predisposizione dei singoli "Atti Aziendali", ma certamente secondario alla componente economica. Tale quadro deve necessariamente risultare conforme ai vincoli imposti dai Piani di rientro aziendali di cui all'art. 1, comma 524, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208.

La portata strategica di quanto previsto dalle normative succitate produce la necessità, non più derogabile, di elevare il livello di efficacia ed efficienza organizzativa.

L'accesso all'interno della Pubblica Amministrazione di professionalità in grado di elevare il livello medio di qualificazione risulta essere, pertanto, di vitale importanza. Ogni attività di reclutamento, sia essa ordinaria (concorsi per titoli ed esami) che straordinaria (mediante contratti atipici stipulati nei limiti consentiti), deve tenere conto di questo principio ispiratore. Ogni piano strategico deve poi necessariamente considerare gli aspetti operativi di un'organizzazione (assunzioni di personale operativo tecnico-professionale), ma non può marginalizzare il ricorso a figure professionali di elevata qualificazione, non definibili di "front office", senza le quali ogni organizzazione non potrebbe garantire il raggiungimento dei propri obiettivi. In tale contesto, anche la componente fiduciaria, seppure con i limiti imposti dalla legge, assume il proprio carattere pregnante, a garanzia dell'assunzione di responsabilità del *manager*.

Tra l'altro, le stesse linee di indirizzo per le predisposizioni dei Piani dei Fabbisogni chiariscono, senza alcun dubbio, che le carenze di organico nelle Pubbliche Amministrazioni non devono essere colmate rispettando la speculare sostituzione di

³⁰ Legge 15 luglio 2011, n. 111 come modificata dall'art. 1, comma 584, lettera b), della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, e modificato dall'art. 1, comma 454, della Legge 27 dicembre 2017, n. 205.

personale derivante dalla quiescenza, bensì considerare, alla luce di una corretta individuazione delle vere professionalità infungibili, quali sono le figure professionali necessarie per rendere più efficiente e al passo con i tempi l'organizzazione del lavoro.

La portata strategica delle azioni programmatiche dettate dal PTFP, supportano ancora di più il *manager* nel concepire l'organizzazione del lavoro non più come cristallizzata e immutabile, ossia legata ai tradizionali carichi di lavoro, ma aperta alle soluzioni offerte dall'utilizzo dei nuovi applicativi informatici e dalla loro evoluzione.

Le prospettive che ne derivano, in termini di valutazione e di analisi (peraltro sempre più orientate al raggiungimento degli obiettivi), determinano ampi spazi di operatività, nel rispetto della trasparenza e della standardizzazione dei processi amministrativi.

La prospettiva di sviluppo informatico, in linea peraltro con le recenti indicazioni dell'Agenzia Digitale (AgID), risulta indispensabile alla realizzazione di una organizzazione al passo con i tempi, nel rispetto dei principi di legalità e imparzialità ed in linea con i criteri di efficienza, economicità ed efficacia propri di una Pubblica Amministrazione. Un siffatto scenario non può rimanere privo di "competenze" in grado di affrontare le più emergenti criticità. In condizioni determinate da una elevata complessità i problemi spesso non sono riconducibili alla "somma delle parti" e necessitano strumenti all'avanguardia e al passo con le più moderne dinamiche strategiche.

Da quanto scritto si possono trarre alcune conclusioni.

Si deve premettere innanzitutto che, nel presente lavoro, si è voluta mettere in luce l'evoluzione che sta caratterizzando la Pubblica Amministrazione e che si sta facendo strada tra vecchi istituti e nuovi metodi.

Sicuramente l'esigenza dei pubblici uffici è stata ed è quella di modernizzare le strutture e di avere dei pubblici uffici che consentano di erogare i servizi anche tramite portali telematici e digitali. A questa spinta generale si accompagna, nel particolare, quella delle aziende sanitarie volta a decentrare i servizi sanitari; queste stanno inoltre ponendo al loro vertice dei Direttori Generali che non sono solamente dei funzionari, ma soprattutto dei manager.

Questi devono infatti garantire i servizi connessi al fondamentale diritto alla salute e, al contempo, devono rispettare il principio del pareggio di bilancio e rendere efficiente la spesa pubblica, in un adeguato temperamento tra qualità del servizio e le spese sostenute.

Quanto scritto rappresenta quindi solamente uno spunto di riflessione, volto ad illustrare i cambiamenti in atto nelle strutture sanitarie. Questi mutamenti non solo disegnano un fenomeno attinente a tutti i pubblici uffici, ma danno conto di una serie di riforme in pieno divenire.