

L'accordo per la definizione della "vertenza fasce" degli anni 2010-2016: dal blocco delle relazioni sindacali al rilancio della progettazione dell'innovazione organizzativa nella Azienda Sanitaria di Matera

FEDERICO SPANDONARO

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

GABRIELE PALOZZI

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

JOSEPH POLIMENI

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

RAFFAELE GIORDANO

Direttore Amministrativo ASL Matera (ASM)

Riassunto: L'obiettivo del presente lavoro è di ripercorrere il percorso strategico-amministrativo che ha portato alla risoluzione della annosa problematica della "vertenza fasce" 2010-2016 nell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), conseguente all'ispezione MEF-RGS del 2018, con la quale veniva contestato un irregolare trasferimento permanente di risorse dal Fondo "Produttività" al Fondo "Posizione". Inquadrate nell'ambito teorico del Management Strategico e della *Public Service Motivation*, il lavoro intende evidenziare: *i*) i passaggi necessari al raggiungimento dell'accordo (poi approvato dal MEF-RGS nel 2020) con le organizzazioni sindacali; *ii*) come tale accordo abbia contribuito a sbloccare la paralisi dei processi produttivi, gestionali e d'innovazione organizzativa della ASM; *iii*) gli attuali risultati operativi dell'ASM dopo la positiva risoluzione della vertenza.

Abstract: *This work aims to retrace the strategic-managerial path that led to the resolution of the 2010-2016 "dispute on roles" in the Matera Health Authority (ASM). This controversy was consequent to the 2018 inspection from the Italian Ministry of Economy and Finance (MEF-RGS), which notified an irregular transfer of financial resources from the "Productivity" Fund to the "Position" one. Based on the theoretical background of Strategic Management and Public Service Motivation, the work highlights: i) the steps required to reach an agreement (MEF-RGS approved in 2020) with trade Unions; ii) how this agreement contributed to unjamming the paralysis of ASM management, operational and organizational innovation processes; iii) the current ASM results and outcomes, after the positive resolution of the dispute.*

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

1. Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni, diverse riforme nei Paesi OCSE hanno comportato il tentativo di implementare prassi consolidate in ambito privato (meccanismi di partnership pubblico-privati (PPP), al *Total Quality Management*, *benchmarking* e costi standard, sistemi di *e-governance*, ecc.) presso le organizzazioni pubbliche (Pollitt, Bouckaert, 2011); ciò ha comportato la graduale penetrazione di tecniche manageriali provenienti dal settore industriale negli Enti Pubblici (De Bruijn, 2004).

Tale esigenza di rinnovamento degli aspetti gestionali e direzionali delle Pubbliche Amministrazioni (PA) si è resa necessaria a seguito di una sempre maggiore pulsione al cambiamento (Fernandez, Rainey, 2006; Osborne, 2006) dovuta ai bisogni mutevoli della popolazione ed alla crescente disponibilità all'innovazione (Burns, Stalker, 1961; Osborne, Brown, 2011). Tale fattispecie ha determinato, dunque, una improcrastinabilità della revisione degli assetti strategici per le organizzazioni (Bryson, 2011).

In tal senso, il management strategico è uno dei punti focali della gestione aziendale di una PA in quanto rappresenta il punto di collegamento tra gli indirizzi di natura politica e la gestione dei servizi al cittadino (Bryson, 2011). Melè (2009, p. 238) osserva che «*lo scopo ultimo del business non è fare soldi, ma servire i bisogni della società*». 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 PA 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).

In particolare, una azienda sanitaria (D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. ha come fine la «*promozione, (...) mantenimento e (...) il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione*» (art. 1 della L. n. 883/78); si occupa, quindi, della gestione diretta di servizi di prima necessità senza i quali la salvaguardia del «bene salute» all'interno di un ambiente geografico sarebbe seriamente messo a repentaglio.

In virtù di questa premessa, 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 PA 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" (1985, 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 (Jensen 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.

Ma andiamo per gradi, 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 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 Dirigenti 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 interdisciplinare (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 influenzano i risultati delle organizzazioni sanitarie (Pourmohammadi et al., 2020).

In questo contesto, la Direzione Aziendale si è trovata a risolvere le vicende legate 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'*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 alla all'aggiornamento professionale del personale in carica.

A titolo di esempio, da uno studio di Merritt et al. (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, Frączkiewicz-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, Frączkiewicz-Wronka, 2018; Jensen 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 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. L'Azienda deriva dalla fusione di due ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, che a partire dal 1° gennaio 2009 sono confluite nella ASM per gli effetti della L.R. n. 12/2008 smi. 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%).

L'assetto organizzativo dell'ASM (vigente PSR 2012-2015 approvato con DCR 24 luglio 2012, n. 317) è disciplinato dall'Atto Aziendale (adottato con deliberazione ASM n. 906 del 28 settembre 2017, modificato con deliberazione ASM n. 1099 del 21 novembre 2017), approvato dalla Regione Basilicata con DGR n. 132 del 14 febbraio 2018. Ai sensi dell'art. 2, comma 1b) 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:

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

- P.O. 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.

Il quadro sinottico con la distribuzione geografica dei presidi sanitari è illustrato nella fig. 1.

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. 3/99 che ne definisce funzioni, compiti ed obiettivi.

2.2. L'ispezione MEF-RGS del giugno 2018

Come già accennato, nel mese di giugno 2018 l'ASM è stata interessata da un'ispezione del

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 management aziendale 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 e 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 U.O.S.D. 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 particolare rilevanza al progetto di articolazione degli 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).

3.1.1. Le esigenze di sblocco delle relazioni sindacali e il rilancio della progettazione e dell'innovazione organizzativa nell'Azienda Sanitaria

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 determinazione 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.

3.2.1 Implicazioni sul sistema di management strategico e di organizzazione aziendale

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.

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 OO.SS. 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 definitiva 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 s.m.i. 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. n. 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 118;
- il ricalcolo dei Fondi 2018, in applicazione degli artt. 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 del 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 sindacale, 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. 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, acquisita al prot. n. 2020/16105 del 12 marzo 2020 in riscontro al su esposto quesito, il Ragioniere Generale dello Stato ha definito conformi alle previsioni dell'art. 40, comma 3-quinquies del 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, ovverosia la certificazione da parte del Collegio Sindacale, previa relazione tecnica degli uffici, e la trasmissione all'ARAN.

Con verbale n. 6 del 31 marzo 2020 il Collegio Sindacale esprimeva parere positivo, previa Relazione tecnico-economica degli uffici trasmessa con nota del 30 marzo 2020 prot. n. 2020.0018856.

In data 9 aprile 2020 si è proceduto con la sottoscrizione dell'Accordo Sindacale decentrato, acquisito al prot. n. 20956 della stessa data e 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 case-study 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 OO.SS. 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 delibera 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 la delibera 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 delibera 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.

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 appartenenza);

- 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).

Gli Incarichi di Funzione, infatti, riguardano settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di gestione di articolazioni organizzative di particolare complessità caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale ed organizzativa e che possono richiedere anche l'attività di coordinamento di altro personale. Gli incarichi possono comportare anche attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione correlate all'iscrizione ad albi professionali, ove esistenti. Ovviamente gli IDF istituiti possono essere modificati o soppressi per effetto di successiva diversa organizzazione interna definita con apposito atto formale. È stato previsto che gli IDF abbiano durata di tre anni, rinnovabile, previa valutazione positiva, per un'altra volta.

Secondo Homberg et al. (2019), inoltre, la possibilità di attribuire mansioni e ruoli "extra" allo staff ospedaliero, remunerati anche attraverso fondi di disagio, contribuisce al miglioramento delle prassi e delle competenze intra-organizzative.

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/produktività (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 definitivo 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 et al. (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.modernhealthcare.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.