

**Università degli Studi di Catania**

*Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali*

---

MASTER UNIVERSITARIO DI II° LIVELLO IN

**MANAGEMENT PUBBLICO DELLO SVILUPPO LOCALE**

Direttore: Prof. Marco Valerio Livio La Bella

Giancarlo Carfi

---

**Efficientamento del Servizio d'Internazionalizzazione e Ricerca  
Sanitaria (Sirs) dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa**

---

TESI

---

**RELATORE**

*Prof. Maurizio Cerruto*

---

*ANNO ACCADEMICO 2022-2023*

## Indice

Introduzione	5
<b>I. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO</b>	<b>10</b>
Premessa	10
1.1 Modelli di erogazione dei servizi sanitari e istituzione del Servizio Sanitario Italiano: la L. 833/1978	11
1.2 La "riforma bis" e l'Aziendalizzazione: il d.lgs. 502/1992	14
1.3 La "riforma ter": il d.lgs. 229/1999	17
1.4 Il finanziamento del Ssn e la strada verso il federalismo fiscale	21
1.5 Il problema della differenziazione dei sistemi sanitari regionali e il divario Nord-Sud	23
1.6 L'insostenibilità della spesa sanitaria, prospettive future e rischi, soluzioni alternative all'autonomia differenziata	29
1.7 Descrizione dell'area tematica della proposta progettuale	35
1.8 Esperienze di buone pratiche	39
<b>II. ANALISI DEL CONTESTO</b>	<b>44</b>
2.1 Analisi del contesto socio-economico del territorio del libero consorzio comunale di Ragusa	44
2.2 Analisi di contesto internodell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa	49
2.3 Analisi quali-quantitativa del personale amministrativo dell'Asp di Ragusa	57
<b>III. L'IDEA PROGETTUALE</b>	<b>62</b>
3.1 Titolo del Progetto - Acronimo	62
3.2 Presentazione del soggetto proponente e del partenariato	62
3.3 Sintesi del progetto	63
3.4 Analisi SWOT	67
3.5 Analisi dei fabbisogni e individuazione del target di utenza	69
3.6 Descrizione della strategia	72
3.7 Descrizione dell'Obiettivo Generale	74
3.8 Descrizione degli Obiettivi Specifici	75
3.9 Descrizione delle azioni	77
3.10 Descrizione dei risultati attesi	79
3.11 Output	80
3.12 Impatti di realizzazione	81
3.13 Innovatività	81
3.14 Trasversalità rispetto alle policies	82

3.15	Trasferibilità	84
3.16	Durata – Cronoprogramma	85
3.17	Piano finanziario	87
Conclusioni		89
Riferimenti normativi		93
Bibliografia		94
Sitografia		95

... «La scarsa capacità del settore pubblico, soprattutto a livello locale, di amministrare i finanziamenti rappresenta una barriera agli investimenti in tutti i settori, a causa della complessità delle procedure, della sovrapposizione delle responsabilità e della gestione carente del pubblico impiego. L'inadeguatezza delle competenze nel settore pubblico limita la capacità di valutare, selezionare e gestire i progetti di investimento. Ciò incide negativamente anche sull'utilizzo dei fondi dell'Unione, ambito in cui l'Italia è indietro rispetto alla media dell'Unione. La qualità inferiore della governance nell'Italia meridionale limita seriamente la capacità di spesa e di definizione delle politiche in queste regioni. Il miglioramento della capacità amministrativa è un presupposto indispensabile per garantire l'efficacia nell'erogazione degli investimenti pubblici e l'utilizzo dei fondi dell'Unione, con effetti di ricaduta positivi sugli investimenti privati e la crescita del PIL. Tali miglioramenti potrebbero accrescere l'impatto degli investimenti nella banda larga, nei trasporti, nella gestione delle risorse idriche e nell'economia circolare, in particolare nelle regioni dell'Italia meridionale, le quali sono in ritardo soprattutto in termini di investimenti immateriali. Il miglioramento della capacità amministrativa delle amministrazioni centrali e locali avrebbe un impatto positivo sulla pianificazione, la valutazione e il monitoraggio dei progetti di investimento, contribuendo anche all'individuazione e alla rimozione di eventuali ostacoli» ...

... «La programmazione dei fondi dell'Unione per il periodo 2021-2027 potrebbe contribuire a colmare alcune delle lacune individuate nelle raccomandazioni, in particolare nei settori di cui all'allegato D della relazione per paese del 2019, consentendo all'Italia di impiegare al meglio tali fondi per i settori individuati, tenendo conto delle disparità regionali. Rafforzare la capacità amministrativa del paese per la gestione di questi fondi è un fattore importante per il successo dell'investimento» ...

«RACCOMANDA che l'Italia adotti provvedimenti nel 2019 e nel 2020 al fine di:»

... «migliorare l'efficienza della pubblica amministrazione, in particolare investendo nelle competenze dei dipendenti pubblici, accelerando la digitalizzazione e aumentando l'efficienza e la qualità dei servizi pubblici locali» ...

Bruxelles 09/07/2019<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Stralcio della Raccomandazione n. 2019/C 301/12 del Consiglio all'Italia - [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=urisrv:OJ.C\\_2019.301.01.0069.01.ITA](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=urisrv:OJ.C_2019.301.01.0069.01.ITA)

## Introduzione

Con le raccomandazioni del 2019, l'UE suggerisce all'Italia d'incrementare la capacità amministrativa della pubblica amministrazione. L'Europa, in altre parole, ci dice “svegliatevi”, bisogna investire, costruire, assumere personale, incrementare la capacità amministrativa, più digitalizzazione, più energie rinnovabili, più tutela dell'ambiente, etc. L'UE raccomanda all'Italia di procedere attraverso quattro operazioni, l'ABCD: *accesso, buona amministrazione, competenze e digitalizzazione*. Le parole chiave per risollevarci da questo “buio” sono *governance* e *capacità amministrativa*, dove:

- *Governance*, significa autorità condivisa e negoziata (e no monopolio dell'autorità), significa sussidiarietà verticale e orizzontatale, significa politiche distributive e redistributive (e no predominio di politiche regolative), significa amministrazione con forte capacità di problem solving (e non con ruolo di esecuzione), significa politiche bottom-up e cross cutting (e no politiche top-down).
- *Capacità amministrativa* significa *compliance*, ossia capacità a rispettare regole e norme, ma significa anche *performance*, ossia efficienza.

Governance e capacità amministrativa vanno a braccetto e possono consentire all'Italia di uscire dal *buio* attraverso *politiche di sviluppo* che mettano al centro gli investimenti sulla conoscenza, sugli strumenti e sulle persone. Servono politiche che favoriscano forme ibride e promiscue di *governance*, bisogna avere il coraggio di osare e mescolare le capacità amministrative.

L'UE, nel 2019, accusa l'Italia e, in particolare, le regioni meridionali, di non saper cogliere le opportunità offerte dai fondi europei a causa della scarsa performance dell'apparato amministrativo. Le accuse dell'Unione sulla poca *capacity building* di alcuni paesi membri rappresenta il classico esempio di un fenomeno che già da tempo era stato definito come un impulso di *cambiamento istituzionale imposto da soggetti esterni* (Natalini A, 2010, *Capacity building: come fare passare le riforme dagli altri*). La poca capacità amministrativa della P.A. italiana rende vane le policy europee in materia di coesione. Difatti, uno dei principi fondamentali delle politiche di sviluppo dell'UE. è quello della coesione economica, sociale e territoriale, un principio volto a eliminare, o quanto meno ridurre, i divari fra i paesi dell'unione ma anche tra le diverse regioni all'interno della stessa nazione. Per questo motivo la politica di coesione è la voce più importante di spesa dell'U.E. la cui base giuridica trova la sua fonte negli articoli 174 e 178

del trattato.

Per capire l'importanza che riveste per l'UE la politica di coesione è sufficiente venire a conoscenza di un solo dato: l'ammontare delle risorse destinate all'Italia dal fondo sviluppo e coesione (FSC) per il ciclo di programmazione 2021-2027 ammonta a ben 32,4 miliardi di euro di cui solo 20% sono destinate alle regioni del centro-nord mentre l'80% di tali risorse sono destinate alle regioni del mezzogiorno. La parte del leone spetta alla Sicilia con ben 6,8 miliardi di stanziamenti, ossia quasi il 21% di tutte le somme a disposizione del nostro paese. Per saper spendere e spendere bene gli stanziamenti dei fondi strutturali di coesione serve però riuscire a tenere il passo con Bruxelles e, in questo, la Sicilia non eccelle, anzi. Si pensi che per il ciclo di programmazione 2014-2020 la Sicilia, ad oggi, ha rendicontato solo 6,5 miliardi di spesa a fronte di una dotazione complessiva di 14,8 miliardi.

Per cogliere le opportunità offerte dai fondi strutturali, servono idee, progetti e, soprattutto, ottima capacità amministrativa. Occorre che in tutte le pubbliche amministrazioni siano presenti uffici politiche europee ben strutturati ed efficienti, in grado di supportare validamente i vari attori coinvolti nella progettazione e nella rendicontazione. Senza capacità amministrativa non è assolutamente possibile cogliere le opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione.

La proposta progettuale presentata nel capitolo III riguarda proprio un progetto di *capacity building* del Servizio d'Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria (Sirs) dell'azienda sanitaria provinciale di Ragusa. È un progetto complementare alle politiche europee in materia di sviluppo e coesione e alle raccomandazioni della Commissione del 2019, nonché alle politiche della regione Sicilia che ha individuato nei Sirs lo strumento per migliorare il servizio sanitario regionale (Ssr). La proposta progettuale mira a efficientare il *Grant Office* al fine di renderlo perfettamente performante e capace di supportare i ricercatori in tutte le fasi della progettazione: lettura dei bandi, stesura del progetto, presentazione, monitoraggio, fino alla rendicontazione finale. L'ambizioso obiettivo è quello di realizzare una buona pratica che possa poi contaminare positivamente le altre aziende sanitarie siciliane e, perché no, risultare un modello da riprodurre anche in aziende sanitarie collocate al di fuori dei confini regionali e nazionali.

Il raggiungimento dell'obiettivo generale, che è appunto l'efficientamento del *Grant Office*, parte dall'idea forza che *la capacità amministrativa delle aziende sanitarie è anche capacità a saper cogliere le opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione*. La realizzazione del progetto, non solo migliorerà la salute dei cittadini e la casistica delle prestazioni sanitarie nel territorio di riferimento ma veicolerà una forte spinta allo sviluppo economico del territorio

essendo il servizio sanitario uno degli attori fondamentali dello sviluppo economico del paese e la spesa sanitaria una spesa fortemente generativa.

Nel primo capitolo, al fine di ben inquadrare l'area tematica della proposta progettuale, è stata fatta una rapida carrellata sui principali sistemi/modelli di erogazione dei servizi sanitari e quale modello ha adottato il nostro paese in base al particolare momento storico attraversato. Vengono, pertanto, esaminate, seppur succintamente, le principali riforme che hanno interessato il sistema sanitario italiano nell'ultimo secolo, dal sistema mutualistico, all'istituzione del servizio sanitario nazionale (Ssn), all'aziendalizzazione, fino a giungere ai nostri giorni caratterizzati dalle spinte in chiave federalista e di "autonomia differenziata".

Nella seconda parte del I capitolo viene affrontato il problema della diversificazione dei servizi sanitari regionali che, di fatto, ha messo a rischio i principi fondanti del Ssn (universalità, uguaglianza e solidarietà). La tematica della diversificazione dei sistemi sanitari regionali c'introdurrà, quindi, alla correlata problematica dei divari tra regioni del centro-nord e regioni meridionali, divari che riguardano svariati ambiti: disavanzi finanziari, qualità delle prestazioni, dati di mobilità attiva e passiva, grado di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea), etc. Sono proprio i divari e gli sprechi delle regioni meridionali a indurre alcune regioni "virtuose" a spingere verso l'autonomia differenziata che, di fatto, qualora si dovesse concretizzare, acuirà ancor di più i divari tra nord e sud.

Ci si porrà il problema della sostenibilità della spesa sanitaria e si prenderà atto che sarà sempre più difficile reperire risorse per finanziare adeguatamente il Ssn nei prossimi anni. Previa comparazione dei livelli di performance dei sistemi sanitari dei paesi dell'area OCSE e dei relativi costi per la comunità, sarà dimostrato tuttavia che il Ssn italiano è uno dei sistemi più performanti, anche grazie all'alto valore dei principi sui quali è fondato.

Si giungerà, quindi, alla conclusione che il Ssn italiano non va dismesso ma va sostenuto e finanziato. L'assunto c'introdurrà pertanto nell'area di policy della proposta progettuale, che è quella suggerita dall'U.E.: aumentare la capacità amministrativa delle amministrazioni (in questo caso dell'Asp di Ragusa) al fine di imparare a cogliere le opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione. In quadro generale caratterizzato dalla carenza di risorse per finanziare adeguatamente il Ssn, sarebbe uno spreco perdere anche le risorse messe a disposizione dall'Unione. L'aumentata capacità amministrativa del *Grant Office* dell'Asp permetterà di intercettare finanziamenti ulteriori da investire nei servizi sanitari con importanti impatti in termini di miglioramento delle condizioni di salute della cittadinanza ma anche di sviluppo locale.

Nel I capitolo sarà anche fatta un'attenta disamina sull'area di policy della proposta progettuale e sulla sua complementarietà con le politiche regionali in materia. Nell'ultimo paragrafo del primo capitolo saranno narrate alcune esperienze di buone pratiche di *Grant Office* di aziende sanitarie emiliane, lombarde e venete.

Nel II capitolo viene fatta una dettagliata analisi di contesto esterno, ossia sul tessuto socio-economico del territorio di riferimento, nonché un'analisi di contesto interno che analizzerà il modello organizzativo adottato dall'Asp in ambito ospedaliero e territoriale e, seppur sinteticamente, saranno rilevati anche i risultati sull'appropriatezza dei ricoveri e sui dati di mobilità attiva e passiva.

Poiché il progetto esposto al III capitolo afferisce ad una proposta di reingegnerizzazione di un ufficio amministrativo, il *Grant Office* Sirs, particolare attenzione sarà posta all'analisi qualitativa e quantitativa del personale amministrativo in servizio in azienda, quindi numero di unità di personale, i profili professionali ricoperti, il livello di scolarizzazione, le competenze possedute, l'età media. Il risultato sarà, a dir poco, sconcertante.

Nel terzo capitolo viene presentata la proposta progettuale vera e propria. L'obiettivo generale dell'efficienza del Sirs nasce dalla presa d'atto che nell'ufficio è allocata una sola unità di personale, competente e ben formata nella materia, ma assolutamente insufficiente per la mole di lavoro che potenzialmente l'ufficio dovrebbe svolgere.

Partendo, pertanto, da una definizione accettata dall'OCSE che definisce la capacità amministrativa come *abilità di eseguire le funzioni, risolvere i problemi, fissare e raggiungere gli obiettivi*<sup>2</sup>, si agirà sulle tre variabili che compongono queste abilità (strutture, risorse umane e sistemi procedurali) attraverso azioni volte a qualificare le risorse umane e l'organizzazione, la revisione della regolamentazione interna, ma anche attraverso il rafforzamento delle relazioni interistituzionali e il superamento della dicotomia pubblico-privato. Quest'ultimo aspetto sarà particolarmente innovativo, pubblico e privato insieme nel solo interesse del cittadino; l'accordo di partenariato pubblico privato (Ppp) sarà il vero generatore di valore aggiunto economico, sociale e finanziario.

Il progetto, prevede, due assi strategici (la riorganizzazione del Sirs e l'accordo di Ppp) e all'interno di questi assi, cinque obiettivi specifici nonché un partenariato molto valido e performante: l'Università degli Studi di Catania; il policlinico universitario "Paolo Giaccone" di

---

<sup>2</sup> <https://iari.site/2021/02/08/la-capacita-amministrativa-come-e-perche-e-diventata-un-tema-cosi-cruciale-per-lue/>

Palermo; l'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia; la clinica privata "Clinica del Mediterraneo" di Ragusa.

# ***I. L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO***

## **Premessa**

Nell'anno 2023 il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è stato finanziato dallo Stato per complessivi 128.869,20 milioni di euro<sup>3</sup>, inclusi 864 milioni destinati ai fondi per l'acquisto dei medicinali innovativi. La spesa sanitaria italiana equivale al 6,4% del PIL; il valore della produzione interna diretta, indiretta e dell'indotto ascrivibile al Ssn è stimato in 242 miliardi di euro; il numero di dipendenti rilevati dal Ministero della Salute nell'anno 2022 ammonta a oltre 625.000<sup>4</sup> a cui aggiungere 57 mila medici di medicina generale. Tuttavia, se consideriamo anche gli occupati indiretti e indotti, il numero degli occupati sale a 2,2 milioni, ossia l'8,7% degli occupati totali. Praticamente, il Ssn è uno dei più importanti datori di lavoro del paese. Gli investimenti in sanità dispiegano i loro effetti su tutto il nostro paese con notevoli impatti economici e occupazionali. Il Ssn contribuisce fortemente alla coesione sociale sui territori tramite l'erogazione di servizi sanitari che sono fondamentali per il benessere delle persone e la qualità della vita, nonché grazie al determinante impatto che ha per l'occupazione locale, di cui rappresenta una componente significativa.

Ma come si è arrivati a costruire questa possente "industria" della sanità? L'attuale modello organizzativo e di funzionamento del Ssn italiano è frutto di un percorso storico che ha avuto una progressiva e lenta evoluzione dall'unità d'Italia ai nostri giorni.

In questo capitolo saranno esaminati, seppur succintamente, i principali modelli di funzionamento dei sistemi sanitari e quale sia stato il modello adottato da nostro Paese nei vari momenti storici, per arrivare all'istituzione, nel 1978, del Ssn. Si parlerà, quindi, delle successive riforme in termini aziendalistici, e delle recenti tendenze in termini di federalismo fiscale e autonomia differenziata. Per meglio comprendere le ragioni delle attuali tendenze autonomistiche, particolare attenzione è stata posta alle tematiche del finanziamento del Ssn, dei disavanzi regionali, dei piani di rientro, dei divari in termini di qualità di prestazioni erogate nelle varie regioni italiane, della differenziazione dei modelli organizzativi regionali. Ci si chiederà se nel futuro l'attuale livello di spesa sanitaria sarà ancora sostenibile o se è opportuno virare verso un

---

<sup>3</sup> Dati economici Agenas: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/monitoraggio-della-spesa-sanitaria>

<sup>4</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6549](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6549)

sistema sanitario basato su un diverso modello.

Previa comparazione dei sistemi sanitari dei principali Paesi dell'area OCSE, si giungerà alla conclusione che il ns. sistema sanitario, basato sui principi di universalità, uguaglianza e solidarietà, ha dato e continua a dare ottimi risultati in termini di *performance*. Possiamo quindi affermare che il Ssn non va dismesso ma che va sostenuto e finanziato, non solo per l'imprescindibile funzione svolta ai fini della tutela della salute della popolazione ma anche perché il Ssn garantisce un forte equilibrio tra sviluppo economico, qualità della vita e coesione sociale. Il problema è dove reperire ulteriori risorse "scarse" per sostenere e finanziare il Ssn.

L'argomento c'introdurrà nell'area di policy della proposta progettuale descritta al capitolo III che è un progetto di *capacity building* finalizzato ad efficientare il *Grant Office* di un'Azienda sanitaria al fine di renderlo ben performante e quindi in grado di convogliare risorse finanziarie aggiuntive in sanità grazie alle opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione.

### **1.1 Modelli di erogazione dei servizi sanitari e istituzione del Servizio Sanitario Italiano: la L. 833/1978**

La costruzione dell'attuale sistema sanitario italiano è transitata da tre fasi storiche che hanno visto prevalere tre diversi modelli di erogazione dei servizi sanitari. I modelli di erogazioni dei servizi sanitari sono, essenzialmente, quattro, ma il nostro paese non ha mai visto la presenza del primo modello:

1. Il modello del libero mercato. In questo modello gli erogatori delle prestazioni sanitarie e i fruitori, ossia i pazienti, interagiscono direttamente senza l'intermediazione di terzi e secondo le regole del libero mercato. I prezzi, in condizioni di perfetta concorrenza, si formano da soli. È un modello eccessivamente iniquo in quanto non tutti i fruitori sono in grado di sostenere il notevole costo delle prestazioni che il mercato genera. Fra l'altro, più è seria e grave la patologia e più il prezzo da pagare da parte del fruitore sarà alto.
2. Il modello dell'assicurazione volontaria. Esso è stato presente in Italia fino agli anni '30 del XX secolo. Questo modello non poneva alcun obbligo in carico ai singoli cittadini che potevano liberamente scegliere se assicurarsi o meno contro i rischi di malattia. Chi si voleva assicurare era libero di rivolgersi a società private di mutuo soccorso e stipulare una polizza assicurativa, generalmente plasmata alle condizioni sia economiche che di salute del

contraente. In questo modello le compagnie assicurative si limitavano a rimborsare i costi delle prestazioni erogate dai professionisti della salute e da strutture sanitarie che, comunque, non dipendevano dalle compagnie assicuratrici.

3. Il modello dell'assicurazione sociale contro la malattia o mutualistico. È il modello che è stato fortemente presente in Italia nel ventennio fascista anche se, in realtà, il sistema di welfare creato dal regime era un sistema di esaltazione meritocratica legato al tipo di lavoro svolto, un sistema di *welfare corporativo e familistico* (G. Vicarelli, 2011, *Le politiche sanitarie*,). Il modello dell'assicurazione sociale si è trascinato fino al 1978, seppur con degli interventi che hanno teso a rafforzare le tutele. Si pensi che dal 1950 al 1966 si è passati dal 38% all'82% di italiani coperti da assicurazione contro la malattia. In questo modello, alcune categorie di lavoratori, quindi non tutte, erano obbligate a contribuire per legge secondo uno schema di copertura sanitaria. L'assicuratore non era lo Stato ma una molteplicità di casse di malattia (libere associazioni senza scopo di lucro) che avevano il compito di "raccolgere" i contributi dei lavoratori su base territoriale o professionale e, in cambio, provvedevano al rimborso delle spese sanitarie sostenute dai propri assicurati. Inizialmente, i cittadini non potevano scegliere la cassa malattia presso cui iscriversi (diversamente dal modello dell'assicurazione volontaria), ma l'assegnazione avveniva d'ufficio, in base alla residenza o alla professione del capofamiglia. Rimaneva, comunque, la libertà dell'assistito nella scelta della struttura da cui farsi curare. Quindi, ciò che accumulava il modello dell'assicurazione volontaria con quello dell'assicurazione sociale era la libertà del cittadino nello scegliere il professionista o la struttura a cui affidarsi. Con l'assicurazione sociale, però, il cittadino non poteva scegliere la cassa mutualistica a differenza del modello dell'assicurazione volontaria. I limiti del sistema dell'assicurazione sociale erano: l'eccessiva frammentazione organizzativa; la disparità di trattamento conseguente il fatto che il sistema garantiva assistenza a determinate categorie di lavoratori, lasciandone fuori altri, soprattutto i disoccupati; l'eccessiva lottizzazione politica delle casse mutue; le oggettive difficoltà finanziarie di parecchie casse che negli anni avevano accumulato ingenti disavanzi di gestione che poi venivano ripianati dallo Stato.

Le superiori criticità spinsero il legislatore a varare una riforma storica, che costituisce, ancora ad oggi, la pietra miliare di tutte le riforme sanitarie. Stiamo parlando della L. 833/1978 istitutiva del Ssn.

4. Il quarto modello è proprio quello universalistico, basato sul Servizio Sanitario Nazionale. Questo modello presenta caratteristiche molto differenti dagli altri in quanto: viene finanziato dal gettito fiscale, nel senso che è lo Stato a raccogliere e gestire le risorse destinate al finanziamento del sistema sanitario; garantisce all'intera popolazione l'assistenza sanitaria e le cure mediche essenziali, senza disparità formale di trattamento, un sistema basato, appunto, sul principio dell'universalità, dell'uguaglianza e della solidarietà.

Con l'istituzione del Ssn, tutte le casse mutue vennero sciolte, gli ospedali, gli ambulatori e tutte le strutture sanitarie pubbliche preesistenti divennero strutture operative del Ssn, il personale transitò nuovi soggetti giuridici del Ssn, le unità sanitarie locali (Usl), che furono istituite per garantire, nei rispettivi territori di competenza, le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione in un'ottica universalistica, facendo di fatto diventare l'assistenza sanitaria un diritto di cittadinanza e non più una tutela del lavoratore.

In questo modello, il livello centrale di governo mantenne per sé la programmazione complessiva, il coordinamento e il finanziamento del sistema sanitario, mentre alle regioni vennero assegnate importanti funzioni di programmazione. La gestione delle unità operative, le Usl, fu invece affidata ai comuni, nel rispetto del principio di democraticità.

Le case di cura e gli ambulatori privati non furono assorbiti dal Ssn, ma fu riconosciuto loro il diritto di convenzionarsi con il servizio pubblico. I medici di famiglia e alcuni medici specialisti conservarono lo status di liberi professionisti, mentre ai medici ospedalieri, che divennero dipendenti del Ssn, fu concesso di continuare a svolgere anche la libera professione al di fuori del normale orario di lavoro.

## 1.2 La “riforma bis” e l’Aziendalizzazione: il d.lgs. 502/1992

Dagli anni ottanta il Ssn attirò su di sé diverse critiche in quanto accusato di: erogare prestazioni di bassa qualità; essere eccessivamente burocratico; tollerare sprechi e corruzione ma, soprattutto, essere fortemente politicizzato con eccessiva ingerenza dei partiti. Le Usl erano infatti governate dai Comitati di Gestione, organi collegiali i cui membri erano nominati dai consigli comunali delle municipalità ricomprese nel territorio di competenza di ogni Usl. In realtà, un aspetto gestionale, quello dei comitati di gestione, che nello spirito della legge 833/1978 doveva garantire il rispetto del principio di democraticità, finì per trasformarsi in un terreno di lottizzazione da parte dei partiti che, di fatto, utilizzarono le risorse destinate alla sanità per fini politico-clientelari. Inoltre, per fronteggiare la crisi valutaria e i vincoli di integrazione europea il governo Amato fu costretto a introdurre nuove imposte e operare forti tagli alla spesa pubblica, per primo nel settore sanitario.

Nello stesso periodo, alla crisi economica si sommò quella istituzionale dovuta alle stragi di mafia (es. attentati a Falcone e Borsellino) e allo scandalo Tangentopoli. È utile ricordare qualche ampiezza ebbe lo scandalo: sette ministri del governo Amato, tra cui quello alla Sanità, furono costretti a dimettersi perché indagati, e un terzo dei parlamentari dell’XI legislatura furono raggiunti da un avviso di garanzia. Al riguardo, una vastissima bibliografia è rinvenibile sul particolare periodo storico, fra tutte si segnala (G. Barbacetto, P. Gomez, M. Travaglio, 2014, *Mani Pulite. La vera storia*). L’effetto dell’inchiesta “*mani pulite*” fu quello di delegittimare l’intera classe politica e di indebolire il Parlamento. In un tale clima politico, l’intento principale fu quello di depoliticizzare la sanità.

Quindi, anche la riforma del 1992-1993 è figlia di un periodo di crisi che parte dagli anni ’90: terrorismo, omicidio di Aldo Moro, tangentopoli, crisi economica che costrinse il governo ad avviare il percorso di uscita della lira dal sistema monetario così come previsto dal trattato di Maastricht, tagli alla spesa pubblica, nuove imposte, etc. Questo è il meccanismo dell’*asimmetria* tra assetti normativi e azioni reali. Sono gli scandali a generare i cambiamenti istituzionali (G. Vicarelli, 2011, op. cit., p. 85).

Si pensò, pertanto, a una nuova riforma che traghettasse il sistema sanitario verso l’aziendalizzazione e il primo passo verso questa direzione fu tracciato dalla Legge n. 421 del 1992 *delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità....* La delega fu attuata con il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante norme per il *riordino della disciplina in materia sanitaria*, immediatamente seguito e

modificato dal d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

Facendo salvi i principi ispiratori della L. 833/1978, la riforma, nell'intento di ridurre la spesa pubblica del Ssn, ha di fatto determinato il superamento del previgente sistema organizzativo caratterizzato dall'integrazione verticale (lo Stato interveniva in tutte le fasi del "processo produttivo" di beni e servizi sanitari), per passare ad un modello di tipo misto fortemente liberale dove i beni e servizi sanitari sono *prodotti* sia dall'operatore pubblico che dal privato che operano quasi in competizione secondo le regole efficientistiche del mercato.

Le principali novità introdotte dalla riforma sono essenzialmente due:

1. l'architettura istituzionale del sistema: al fine di ridurre la politicizzazione del sistema, decentrare la responsabilità finanziaria e garantire una maggiore autonomia gestionale delle strutture sanitarie, le nuove aziende sanitarie<sup>5</sup> assunsero una propria personalità giuridica pubblica (a differenza della L. 833/1978 che definiva la Usl come struttura operativa del comune senza personalità giuridica) ed autonomia gestionale, patrimoniale, organizzativa, finanziaria, ecc. La gestione e la rappresentanza delle aziende sanitarie fu affidata ad un organo monocratico, il Direttore Generale<sup>6</sup> affiancato da un organo esterno, il Collegio dei Revisori, oggi Collegio Sindacale, chiamato ad effettuare il controllo economico-contabile;
2. l'introduzione di nuovi meccanismi gestionali: in gran parte presi a prestito dal privato – meccanismo dell'*imitazione razionale* (G. Vicarelli, 2011, Op. cit., p. 85) - ispirati al *New Public Management* (NPM)<sup>7</sup>. Fra tali tecniche gestionali ricordiamo: la contabilità analitica

---

<sup>5</sup> Si ricorda che le nuove aziende del Ssn sono individuate nelle Aziende Sanitarie Locali (Asl) il cui ambito regionale è, di norma, coincidente con quello provinciale; le Aziende Ospedaliere; le Aziende Universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.).

<sup>6</sup> Mentre gli organi dell'Usl (Assemblea Generale, Comitato di Gestione e Presidente) come delineati dalla L. 833/1978 erano organi non tecnici ma politici forniti di legittimazione democratica, ossia organi con rappresentanza indiretta del corpo elettorale locale che dovevano assicurare il raccordo tra la Usl ed il comune singolo o associato, con il d.lgs. 502/1992 il nuovo organo monocratico (il Direttore Generale) è un manager, un tecnico nominato direttamente dalla Regione che pertanto non ha nessun collegamento con il territorio ove opera. Nell'espletamento delle proprie funzioni il Direttore Generale è coadiuvato da due tecnici: il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, nonché dal Coordinatore dei Servizi Sociali (per quelle Asl che si occupano anche di assistenza sociale) e dal Consiglio dei Sanitari (organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico/sanitaria anche sotto il profilo organizzativo). A seguito della successiva riforma di cui al d.lgs. 229/1999, il Direttore Generale si avvale anche della collaborazione del Collegio di Direzione (composto dal D.G., con funzioni di Presidente, dai dirigenti medici dei presidi ospedalieri e dai direttori dei dipartimenti) per la gestione delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie nonché per la formulazione di soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero professionale intramoenia e la valutazione dei risultati conseguiti.

<sup>7</sup> Il New Public Management (N.P.M.) è uno stile di gestione del settore pubblico che sull'esempio delle pubbliche amministrazioni anglosassoni, vuole integrare il diritto amministrativo e le pratiche gestionali tradizionali di un ente pubblico con una metodologia più orientata al risultato (che è sempre l'interesse pubblico). Tale metodologia, mutuata dal settore privato, è mirata ad un maggior coinvolgimento nella gestione della cosa pubblica per consentire una maggiore elasticità ed economicità nelle prestazioni richieste, per riorganizzare le burocrazie e i relativi bilanci in modo più efficiente e per dare agli enti stessi un ruolo che prediliga le funzioni di coordinamento e controllo alleggerendo le funzioni di diretta erogazione delle prestazioni di servizi alla cittadinanza che se compiute tramite gli iter previsti dal diritto amministrativo sono spesso più costose a parità di efficienza.

per centri di costo, la contabilità economico-patrimoniale, il controllo di gestione, la gestione per budget, il reporting, ecc. Per approfondimenti sul NPM (G. Gruening, 2001, *Origini e basi teoriche del New Public Management*).

La trasformazione delle Usl in *Aziende* rientrava nel più vasto progetto di modificare radicalmente l'impianto organizzativo del Ssn, promuovendo il passaggio da un modello *integrato* a uno *contrattuale* (G. Toth, 2014, *La Sanità in Italia*, pp. 24-29). Nei sistemi a modello integrato le aziende sanitarie, alle quali sono attribuite le funzioni di produzione diretta, erogano direttamente, attraverso proprie strutture e proprio personale, la maggior parte delle prestazioni sanitarie richieste dagli assistiti. Nei sistemi a modello contrattuale, di contro, alle aziende sanitarie viene demandata una funzione di committente e possono decidere quali servizi erogare in forma diretta o commissionare a terzi, contrattando, per conto dei propri assistiti, le condizioni più favorevoli di fornitura.

Al paziente fu riconosciuta ampia libertà nella scelta della struttura alla quale rivolgersi (pubblica o privata) nell'intento di perseguire con ciò anche una maggiore efficacia, efficienza e qualità dei servizi. Questo è il meccanismo della *permeabilità istituzionale* (G. Vicarelli, 2011, op. cit., p. 85) nel senso che la competizione *pubblico-privato* divenne il cardine della riorganizzazione del settore pubblico: *più mercato e meno Stato*. I soggetti privati, in possesso di particolari requisiti professionali ed organizzativi, furono *riconosciuti nel novero degli erogatori finanziati dal sistema pubblico*. In particolare, si passò dal regime giuridico della convenzione (previsto dalla L. 833/1978) a quello dell'accreditamento/autorizzazione<sup>8</sup>. Trattasi di un vero e proprio sistema aperto di stampo liberista: un modello di piena concorrenza fra pubblico e privato. La logica è quella di garantire maggiore qualità con una selezione naturale nel mercato (R. Ferrara, 2007, *L'ordinamento della Sanità*, pp. 192-211).

Quanto al finanziamento, viene abbandonato il criterio del costo storico con ripianamento a piè di lista, e si adotta quello basato sul valore delle prestazioni erogate che vengono classificate secondo i *Diagnosis Related Group (Drg)*<sup>9</sup> anche se, in realtà, per sottolineare la diversa natura

---

<sup>8</sup> Attraverso l'autorizzazione amministrativa si consente l'esercizio di attività sanitaria da parte di soggetti privati. L'autorizzazione è di natura vincolata e non discrezionale. Chiunque è in possesso di determinati requisiti minimi può ottenere l'autorizzazione. All'interno dei soggetti pubblici e privati si esplica la libertà di scelta del cittadino. Ambedue le tipologie di soggetti sono in grado di garantire uno standard di prestazioni sulla base di livelli minimi di assistenza fissati dallo Stato. L'idea è che tutti i soggetti pubblici e privati che rispondono ai requisiti del Piano Sanitario Nazionale (Psn) e dei Piani Sanitari Regionali (Psr) hanno diritto all'accREDITAMENTO. Una lista aperta ed illimitata entro la quale il cittadino può scegliere a chi rivolgersi. Il carattere vincolato dell'atto di accREDITAMENTO è confermato anche dalla L. 724/1994 che specifica inequivocabilmente che l'atto di accREDITAMENTO ha carattere vincolato. Se ricorrono i requisiti strutturali e di sicurezza previsti, il soggetto pubblico o privato ha un diritto soggettivo all'accREDITAMENTO.

<sup>9</sup> Il *Diagnosis Related Group* o più semplicemente DRG è l'equivalente in italiano dei Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (R.O.D.). Esso è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate. Tale aspetto permette di quantificare

delle aziende territoriali e ospedaliere, si stabilì che le prime sarebbero state finanziate in base al numero di assistiti residenti nel proprio territorio, mentre le seconde sarebbero state finanziate in base al numero delle prestazioni effettivamente erogate, appunto i Drg.

Dal D.lgs. 502/1992 in poi inizia a delinearsi in maniera sempre più decisa la scelta di decentramento di funzioni e di responsabilità dal livello statale a quello regionale. Le regioni diventano gli attori principali del sistema sanitario: c.d. *regionalizzazione*. Spetta alle regioni il potere di indirizzo e di controllo della gestione nonché della determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sulle attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Asl e delle aziende ospedaliere.

La maggiore autonomia regionale ebbe come effetto quello di portare disomogeneità nella rappresentazione di un modello unico di organizzazione a livello nazionale, mettendo a repentaglio, a fronte di una sanità orientata alla regionalità, l'unitarietà delle scelte di politica nazionale, con tutti i pro e i contro conseguenti.

### 1.3 La “riforma ter”: il d.lgs. 229/1999

Anche la riforma di cui al d.lgs. 502/1992 non portò i risultati sperati in quanto alcuni dei problemi rimasero irrisolti, primo tra tutti quello del finanziamento. I trasferimenti delle risorse finanziarie dallo Stato alle regioni rimasero ancorati alla spesa storica anziché all'effettiva domanda di salute del territorio. I finanziamenti a tariffa (Drg) furono applicati solo alle aziende ospedaliere, mentre le aziende sanitarie locali continuavano ad essere finanziate con riferimento ai fattori produttivi, senza alcuna pianificazione del budget.

Le tecniche del *New Public Management* rimasero appena abbozzate: si pensi alla contabilità economico-patrimoniale ed a quella analitica, le cui norme rimasero inattuata in parecchie aziende, soprattutto del sud, a seguito di una molteplicità di motivi<sup>10</sup>. Anche il processo

---

economicamente l'assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. La principale finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria.

<sup>10</sup> Furono almeno 4 i motivi del parziale e almeno iniziale fallimento delle nuove tecniche contabili/gestionali: il primo di tipo *culturale*, legato alle difficoltà di accettare ed applicare un sistema di contabilità diverso da quello finanziario; il secondo connesso al *disinteresse a garantire certezza nei conti della P.A.*; un terzo di tipo tecnico, determinato dalla *a-specificità dei prospetti ministeriali* (CE e SP) che sono apparsi una riproposizione di quelli del codice civile; il quarto per l'*inadeguatezza dei controlli*, caratterizzati da grovigli di competenze a più livelli che si sono dimostrati dei scarica-barile, ma anche a causa di una Corte dei Conti non aggiornata e quindi non in grado di effettuare adeguati controlli nei bilanci improntati sulla contabilità economico-patrimoniale (E. Jorio, 2008, *L'extra deficit sanitario: tra un sistema di controllo conflittuale e piani di rientro non propriamente adeguati*).

di aziendalizzazione rimase appena abbozzato in quanto l'autonomia del management era fortemente limitata rispetto al forte potere che la riforma aveva riservato alle regioni in materia di politica sanitaria che si rifletteva in maniera forse eccessivamente invadente a livello aziendale.

A distanza di soli sette anni dalla riforma del '92 fu, pertanto, necessario un ulteriore intervento legislativo di riforma confluito nel d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (meglio conosciuto come  *riforma della riforma o riforma ter*) che ha modificato e integrato il d.lgs. 502/1992.

Mentre la L. 833/1978 aveva definito i diversi livelli di governo ed i rispettivi ambiti operativi, strutturali e funzionali, il d.lgs. 502/1992 aveva delineato la regionalizzazione e l'aziendalizzazione, con il d.lgs. 229 si tenta di perseguire il fine della responsabilizzazione dei diversi livelli di governo e di tutti gli operatori. Scopo della riforma ter fu quello di completare il processo di razionalizzazione dell'intero sistema ammorbidendo, comunque, i toni in tema di concorrenza e mercato e ponendo invece maggiore enfasi sulla programmazione pubblica e sull'integrazione tra soggetti pubblici e privati.

Le principali novità introdotte dal d.lgs. 229/1999 (alcune delle quali contraddittorie) possono essere così sintetizzate:

- viene ripotenziato il ruolo dei comuni - modello della *cooperazione amministrata* (F. Maino, 2019, *La politica sanitaria*, p. 235) - con un parziale recupero dello *spirito* della L. 833/1978: sia nella programmazione sanitaria<sup>11</sup> che nella valutazione dell'attività svolta dai direttori generali. Addirittura, la legge prevede la possibilità di revoca del Direttore Generale su segnalazione del Sindaco quando si sia verificata *...manifesta inattuazione nella realizzazione del piano attuativo locale....* Inoltre, particolare enfasi viene data all'integrazione socio-sanitaria.
- si tenta di sviluppare e facilitare il processo di aziendalizzazione: l'art. 3, comma 1 *bis*, del d.lgs. 229/1999 definisce l'Usl come un'azienda organizzata secondo criteri privatistici. La norma, infatti, recita che *in funzione del perseguimento del loro fine istituzionale le Usl si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato*<sup>12</sup> nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale..... Tale status è

---

<sup>11</sup> Attraverso l'istituzione della *conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale* della *conferenza dei sindaci*, le cui funzioni principali si esplicano nei momenti strategici dell'elaborazione e della predisposizione del piano sanitario regionale.

<sup>12</sup> L'atto aziendale di diritto privato avrebbe dovuto incentivare la flessibilità organizzativa delle aziende sanitarie. In realtà il potere di indirizzo delle regioni sull'organizzazione delle aziende ha di fatto contenuto la differenziazione organizzativa.

esteso anche alle aziende ospedaliere, aziende universitarie, gli I.R.C.C.S. pubblici. Come qualunque azienda privata anche le aziende sanitarie sono tenute al pareggio di bilancio<sup>13</sup>. Si conferma il Direttore Generale come organo monocratico delle aziende, mentre il collegio dei revisori viene rinominato in *collegio sindacale*<sup>14</sup>.

- si recupera, contemporaneamente, l'impostazione pubblicistica del modello di organizzazione sanitaria. Questo è un aspetto sicuramente contraddittorio rispetto al tentativo di dare nuovo impulso al processo di aziendalizzazione. L'impostazione pubblicistica riguarda soprattutto la tipologia di relazioni giuridiche soggettive che si instaurano tra i soggetti pubblici e gli operatori privati accreditati<sup>15</sup>.

Per la fissazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) si focalizza l'attenzione sulla qualità, sull'appropriatezza e sull'efficacia delle prestazioni, provvedendo ad affermare il principio della contestualità tra l'identificazione dei livelli di assistenza garantiti dal Ssn e la definizione del fabbisogno nazionale. La riforma stabilisce che i livelli assistenziali devono essere negoziati e fissati contemporaneamente alla previsione della domanda e del budget necessario per coprirli (a differenza della L. 833 che vedeva la fissazione dei livelli di assistenza a prescindere dalle reali disponibilità economiche, generando, di fatto, una gestione irresponsabile dal punto di vista

---

<sup>13</sup> Al riguardo, non bisogna però dimenticare che l'Azienda Sanitaria rispetto ad una azienda pubblica o privata di produzione di beni e/o servizi, si differenzia per un aspetto sostanziale: il carattere no profit. L'oggetto dell'attività non è rappresentato da un "prodotto", ma da un "valore", che è la "tutela della salute", non valutabile secondo tecniche commerciali. Le nuove tecniche del controllo di gestione, della contabilità analitica per centri di costo e della gestione per budget, pertanto, costituiscono, oltre che un preciso obbligo di legge, una mera necessità per conoscere i processi e le risultanze gestionali, e, in nessun caso debbono essere confuse come strumenti per la quantificazione del lucro o della perdita aziendale. L'aziendalizzazione sfugge alle regole tecniche ed economiche che caratterizzano l'imprenditoria privata. Essa è finalizzata alla efficiente, efficace, economica, nonché sana e funzionale gestione della cosa pubblica, al fine di meglio soddisfare un bisogno collettivo, che è la tutela della salute. Una buona performance di gestione non può sacrificare le aspettative del cittadino. Non bisogna mai perdere di vista i principi costituzionali di cui agli artt. 2, 3 e 32 Cost.

<sup>14</sup> Organo di controllo che vigila sulla regolare tenuta della contabilità e sulla conformità del bilancio. Trimestralmente riferisce i dati alla Regione denunciando immediatamente se vi sono gravi irregolarità. L'organo di controllo avrebbe dovuto permettere di monitorare costantemente l'operato delle aziende sanitarie e di fornire informazioni con tempestività idonea a consentire alla Regione di intervenire e correggere eventuali inefficienze.

<sup>15</sup> Il soggetto privato per poter erogare assistenza sanitaria a carico del Ssn deve superare 3 passaggi fondamentali: l'autorizzazione – l'accreditamento – la stipula di accordi contrattuali. L'autorizzazione presuppone il possesso di requisiti minimi e va richiesta per la realizzazione di nuove strutture sanitarie e per l'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria. La Regione oltre a verificare il possesso dei requisiti tecnici deve anche valutare il fabbisogno complessivo e la localizzazione territoriale delle strutture già presenti. L'accreditamento è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate che ne facciano richiesta previa accertamento della presenza di ulteriori requisiti di qualificazione e il loro mantenimento nel tempo nonché della funzionalità della struttura relativamente alla programmazione regionale. La Regione, accertata la sussistenza di detti requisiti, rilascia al richiedente l'attestato di soggetto accreditato ad esercitare per conto del Ssn. L'accreditamento è tuttavia requisito non sufficiente di per sé per operare a carico del Ssn, per cui è necessario un particolare accordo contrattuale. Con la stipula di specifici accordi contrattuali viene fissata la delimitazione quali-quantitativa delle prestazioni da erogare con specifico riferimento all'appropriatezza clinica, ai tempi di attesa, all'accessibilità che deve essere compatibile con le risorse disponibili e con i livelli assistenziali programmati. Poiché l'Azienda Usl stipula gli accordi solo con soggetti accreditati, teoricamente esiste una garanzia minima di qualità sia per il Ssn che acquista le prestazioni per conto del paziente, sia per il paziente stesso. Nella realtà la riforma si è trasformata, per delle deficienze congenite, in un sistema dirigista e di contingentamento del mercato: gli accordi contrattuali vengono conclusi solo per alcuni dei soggetti autorizzati ed accreditati, secondo criteri eccessivamente discrezionali. Quindi una inversione di rotta rispetto al modello liberista dei primi anni '90. (R. Ferrara, 2007, *L'ordinamento della Sanità*, op. cit., pp. 152-162).

finanziario, ma anche a differenza del d.lgs. 502/1992 ove era la fissazione della dotazione delle risorse a generare i livelli di assistenza da garantire).

Si sviluppa ulteriormente il processo di regionalizzazione tramite la responsabilizzazione dei vari livelli di governo cercando di rendere effettivo quanto già disposto dall'art. 13 del d.lgs. 502/1992, che al 1° comma recita: *Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli uniformi di assistenza, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui all'art. 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato*". Al 2° comma si stabilisce che *"per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno la facoltà di: ridurre i limiti massi di spesa per gli esami previsti dai livelli di assistenza, di aumentare la quota fissa sulle singole prestazioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salvavita, nonché porre in essere variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali..."*<sup>16</sup>.

S'introduce il *vincolo di esclusività* del rapporto di lavoro per tutti i medici assunti dal 1° gennaio 1999, mentre i dirigenti medici già in servizio al 31 dicembre 1998 furono chiamati ad operare una scelta individuale tra attività *intra-moenia* o *extra-moenia*, prevedendo azioni disincentivanti per chi avesse optato per l'*extra-moenia*, non consentendo loro l'attribuzione di incarichi di direzione di strutture<sup>17</sup>. Tuttavia, le regole della riforma Bindi vennero modificate dal governo Berlusconi II con la legge 138/2004 (voluta dal ministro Sirchia) che, relativamente al rapporto esclusivo, introdusse due importanti novità: a) l'opzione al rapporto esclusivo non sarebbe più stata irreversibile e poteva modificata ogni anno – b) la scelta del rapporto non esclusivo non avrebbe più precluso la possibilità di essere nominato direttore di una struttura.

---

<sup>16</sup> Neocentralismo regionale, le regioni diventano le vere protagoniste della politica sanitaria. Cfr G. Vicarelli, *Le politiche sanitarie*, op. cit., pag 89

<sup>17</sup> Al riguardo, dall'esame dei dati statistici, si può osservare che quasi il 90% dei medici optò per l'*intra-moenia*. Tale dato potrebbe configurare un successo della riforma, per aver saputo realizzare un legame più stretto tra operatore e struttura, tra dirigente medico e azienda (essendo inaccettabile che un dirigente di un'azienda operasse in concorrenza al proprio datore di lavoro). In realtà, gli effetti di questa riforma hanno di fatto rafforzato i forti interessi corporativistici della classe medica. Ottenere una prestazione ambulatoriale/specialistica dal Servizio Sanitario Nazionale, comporta oggi il dover affrontare lunghe liste d'attesa (spesso assolutamente insostenibili). Paradossalmente, la stessa prestazione può essere ottenuta immediatamente, presso lo stesso medico del S.S.N. (in regime di esclusività) ricorrendo alle prestazioni rese a pagamento in regime libero-professionale *intra-moenia* o di *intra-moenia* allargata (trattasi della possibilità per il medico di servizi di strutture esterne all'azienda quando gli spazi non lo consentono). Anche in regime di ricovero, il miglior modo per ottenere assistenza qualificata, è quello di essere ricoverato nelle stanze *"a pagamento"* o, quanto meno - quando non sussistano contingenze d'urgenza - far precedere il ricovero da qualche visita specialistica in regime libero-professionale dal medico che poi avrà in cura il paziente presso l'ospedale pubblico. Così facendo si evita il rischio di trovarsi abbandonato in una corsia di ospedale. L'unico sicuro effetto del vincolo di esclusività fu la lievitazione della busta paga del dirigente medico grazie al riconoscimento dell'indennità di esclusività.

#### 1.4 Il finanziamento del Ssn e la strada verso il federalismo fiscale

Se da un lato il d.lgs. 229/1999 tesse a sviluppare e facilitare l'aziendalizzazione ed il processo di regionalizzazione, dall'altro, la riforma non entrò mai nel merito del processo di finanziamento del servizio. Il primo vero intervento si ebbe solo con l'approvazione del d.lgs. 28 febbraio 2000, n. 56, recante *disposizioni sul federalismo fiscale*. È solo da quel momento che l'idea di regionalità comincia ad assumere delle connotazioni reali. L'obiettivo di fondo è far scomparire il Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) e realizzare la totale autonomia delle regioni, nel rispetto dei principi della universalità e della uniformità dell'erogazione dei servizi.

Il federalismo fiscale equivale a responsabilizzare i livelli decentrati dei relativi risultati. Se i cittadini di una determinata regione saranno chiamati a pagare maggiori tributi rispetto a quelli di un'altra regione, essi pretenderanno (almeno teoricamente) servizi di qualità maggiore.

La strada verso il federalismo fiscale si perfezionò con la modifica del titolo V della Costituzione ad opera della Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Pur restando invariato l'art. 32 della Costituzione, il nuovo testo dell'art. 117 ridisegnò le attribuzioni di competenza fra i vari livelli di governo che oggi risultano così ridistribuite:

- la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (fra i quali rientra anche il diritto alla salute) da garantire su tutto il territorio nazionale è di competenza esclusiva dello Stato (art.117, 2° comma, lett. *m*);
- la materia della tutela della salute (art. 117, 3° comma) rientra tra le materie a competenza concorrente (le regioni possono legiferare all'interno di un quadro di riferimento stabilito dal livello di governo centrale);
- ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato è competenza esclusiva delle regioni (art. 117, 4° comma). In tal senso si pone come primaria la competenza delle regioni rispetto quella dello Stato. Fra le materie non citate rientra sicuramente l'organizzazione sanitaria che, da quella data, si è fortemente differenziata fra le varie regioni.

Il novellato art. 119 Cost. riconosce inoltre autonomia finanziaria di entrata e di spesa nell'ambito regionale, con la possibilità di istituire nuovi tributi, superando così la ristrettezza in materia di autonomia tributaria, che da sempre aveva caratterizzato le regioni.

Il tema del federalismo fiscale è un tema che va a braccetto con quello della sostenibilità della spesa sanitaria. A prescindere dall'oggettiva complessità del sistema di finanziamento del Ssn, per un corretto inquadramento della tematica, è opportuno che venga immediatamente

affermato che il problema dell'insostenibilità finanziaria del Ssn è da ricercare quasi essenzialmente nella scarsa capacità (di alcune regioni) di governo della spesa a causa di disavanzi crescenti fronteggiati con misure a carattere sempre straordinario, sia da parte dello Stato (ripiani a consuntivo) che delle regioni stesse (es. accensione di mutui pluridecennali). L'indebitamento delle regioni, fra le quali la Sicilia, ha obbligato varie regioni meridionali a sottoscrivere i c.d. "Piani di Rientro". La Regione Sicilia ha sottoscritto giorno 01/08/2007 il *Piano di contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007 – 2009*.

La tematica dei piani di rientro è una tematica molto complessa in quanto strettamente correlata ad altre, quali quella relativa al sistema di finanziamento del Ssn, al federalismo fiscale (oggi si parla di autonomia differenziata), al patto di stabilità e crescita, al patto per la salute, agli accordi Stato-regioni.

In maniera molto sintetica, possiamo schematizzare il sistema di finanziamento del Ssn come un modello a cascata che prevede quattro passaggi:

- determinazione dell'ammontare complessivo delle risorse da destinare al Ssn: Il governo nazionale decide ogni anno quante risorse destinare al Fondo Sanitario Nazionale (Fsn) che, in linea di principio, dovrebbe essere calcolato in proporzione ai Lea da garantire. Dal 2001, si è anche cercato di programmare il budget su base triennale tramite il Patto per la salute. Il Fsn è alimentato dall'imposta regionale sulle attività produttive (Irap), dall'Irpef, la compartecipazione all'accisa sulla benzina, dalle entrate proprie delle aziende sanitarie (ticket, proventi da attività in intramoenia, interessi attivi, etc.).
- il budget stanziato a livello nazionale viene ripartito tra le regioni: il riparto del Fsn è causa di dispute tra regioni che lamentano sistematicamente l'inadeguatezza delle somme stanziare, e accusano il Governo di voler far cassa per sanare il bilancio dello Stato attraverso il contenimento dell'incremento della spesa sanitaria pubblica. A parte una piccola quota (il 2%) destinata al finanziamento di alcuni programmi nazionali (es. Croce Rossa Italiana, medicina penitenziaria, centro nazionale per i trapianti, istituti zooprofilattici), la gran parte del budget del Fsn viene suddivisa tra le regioni principalmente sulla base di due criteri: a) il numero dei residenti; b) la struttura anagrafica della popolazione regionale. Questo significa che alle regioni con una popolazione mediamente più anziana sono state assegnate maggiori risorse. Vi è la richiesta di alcune regioni d'introdurre un indice di deprivazione che tenga conto non solo delle condizioni di salute della popolazione ma anche delle condizioni socioeconomiche, considerando l'incidenza di determinate patologie, le condizioni igienico-

ambientali, gli stili di vita, il livello socioeconomico, i deficit infrastrutturali e tecnologici, ecc. Dal 2013, con la legge delega 42/2009, è stato previsto che dal 2013 i trasferimenti alle regioni vengono calcolati in base ai costi standard, corrispondenti alla spesa pro capite sostenuta dalle regioni benchmark (le più virtuose per efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei servizi) per assicurare ai propri assistiti i livelli essenziali di assistenza. L'introduzione dei costi standard dovrebbe teoricamente spingere le regioni meno efficienti a colmare il divario che le separa con le regioni benchmark.

- ogni regione suddivide il proprio budget tra le aziende sanitarie: Accantonata una quota di budget da destinare alla spese regionali accentrate e ad altre funzioni non tariffate (ARPA, progetti d'interesse regionale, attività trasfusionali e di trapianti d'organi, etc.), nella terza fase del processo ogni regione provvede a ripartire il proprio budget tra aziende territoriali e ospedaliere, generalmente, assegnando alle aziende sanitarie territoriali una quota capitaria pesata e alle aziende ospedaliere un sistema di finanziamento a tariffa (ossia sui Drg), ossia basato sulle prestazioni effettivamente erogate.
- le Aziende territoriali, con le risorse loro assegnate, pagano gli erogatori, pubblici e privati, di servizi sanitari: Il budget, a tal proposito, è ripartito in tre voci, a seconda che i servizi siano erogati direttamente dalle Asl, forniti da professionisti convenzionati o erogati da strutture private accreditate.

### **1.5 Il problema della differenziazione dei sistemi sanitari regionali e il divario Nord-Sud**

Come già rappresentato nei paragrafi precedenti, con la riforma del 1992-93 ogni regione italiana è stata libera di organizzare autonomamente i servizi sanitari sul proprio territorio cosicché alcune regioni hanno optato per il c.d. modello *separato* che prevede la libera concorrenza tra fornitori pubblici e privati lasciando libero il cittadino di scegliere la struttura ritenuta dallo stesso più efficiente (es. Lombardia) mentre altre regioni hanno optato per il c.d. modello *integrato* (es. Toscana ed Emilia- Romagna) dove il ruolo della programmazione pubblica è molto forte. Altre regioni hanno optato per un sistema misto e altre ancora sono transitate, sulla base del momento politico, da un sistema all'altro.

Quello che è importante sottolineare è che da circa 30 anni, di fatto, non si può parlare più di un Ssn ma 20 servizi sanitari regionali, tutti organizzati in maniera diversa e che, di conseguenza, ottengono tutti risultati difformi (F. Toth, 2014, *La Sanità in Italia*, op. cit., p. 63). Questo significa che, nell'organizzare i servizi sanitari sul proprio territorio, ogni governo

regionale ha assunto posizioni diverse rispetto ad almeno quattro aspetti strategici, quali: il numero e le dimensioni delle Asl; la collocazione degli ospedali all'interno delle Asl oppure in aziende ospedaliere autonome; il volume di prestazioni esternalizzate a fornitori privati; la ripartizione della spesa regionale tra cure ospedaliere e territoriali.

Il modello regionale prevalente è quello *integrato*, con un grado di apertura ai fornitori privati inferiore alla media nazionale e una spesa per l'assistenza territoriale superiore a quella per l'assistenza ospedaliera (Emilia Romagna e Toscana). A questo modello, si contrappone il sistema lombardo che presenta aziende territoriali di notevoli dimensioni e con importantissime aziende ospedaliere pubbliche a cui si affiancano tantissimi operatori privati, molto efficienti, a cui il sistema sanitario regionale si affida per l'erogazione di buona parte delle prestazioni. Vi sono poi regioni che hanno adottato sistemi misti e regioni, come Puglia e Sicilia che si caratterizzano sia per le Asl di grandi dimensioni sia per un volume di prestazioni affidate ai fornitori privati superiore alla media nazionale.

Anche a causa della diversificazione dei modelli organizzativi, a partire dal 2001 irrompe nell'agenda politica nazionale il problema degli enormi disavanzi che i sistemi sanitari delle regioni del centro-sud avevano accumulato e la conseguente esigenza di procedere, dal 2007, con i c.d. *piani di rientro*. Le regioni, difatti, avrebbero dovuto garantire i Lea attraverso la propria quota di Fsn la cui ripartizione prescinde dalla capacità fiscale del governo regionale.

Da ciò una conseguenza, le regioni virtuose sono riuscite a stare dentro il budget loro assegnato, anche grazie alla loro maggiore capacità impositiva derivate da un importante tessuto economico-imprenditoriale, altre, le c.d. regioni viziose, non sono riuscite e hanno speso di più. Le regioni nelle peggiori condizioni erano il Lazio, la Sardegna e il Molise. La *Tavola 1.1*, estratta dal rapporto della Fondazione Gimbe n. 02/2022, ci mostra le regioni commissariate e con piani di rientro nel periodo 2007-2022. Un solo dato: nel 2011 il deficit maturato da tutti i sistemi sanitari regionali è stato di ben 1,8 miliardi di euro.

Tavola 1.1 – Regioni con piano di rientro e commissariate

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Lazio	28/02	11/07												22/07		
Abruzzo	06/03	11/09								15/09						
Liguria	06/03			10/04												
Campania	13/03		28/07											24/01		
Molise	27/03		24/7													
Sicilia	31/07															
Sardegna	31/07			31/12												
Calabria			17/12	30/07												
Piemonte				29/07							21/03					
Puglia				29/11												

In giallo sono riportate le Regioni in Piano di rientro, in rosso le Regioni in Piano di rientro e commissariamento.  
Le date all'interno delle celle identificano l'inizio/fine del Piano di rientro/commissariamento.

Vi è da dire che in un decennio il disavanzo è stato generalmente ripianato, grazie anche al maggior contributo delle regioni del Nord. Il divario tra le regioni meridionali e settentrionali ci fa anche riflettere sul livello di responsabilità delle varie regioni nel concorrere al disavanzo totale dello Stato nella materia della sanità. Alcuni numeri: nel 2011 le regioni settentrionali incidono per il 2% del disavanzo totale, quelle del Sud per il restante 98%, con Campania e Lazio che insieme sono responsabili del 63% del disavanzo di tutte le regioni.

Il problema del divario Nord-Sud è un problema molto più complesso rispetto alle tematiche fin qui affrontate. A parte i modelli organizzativi adottati e a prescindere dagli sprechi delle regioni viziose, vi è anche un altro problema dei Lea che è sicuramente il vero problema del Ssn. Le regioni del sud non sono riuscite a garantire i Lea, la qualità, la tempestività, l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Tabella 1.1 – Lea 2010-2019 – percentuale adempimenti cumulativi e punteggi ottenuti

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4%	2.101
Toscana	91,3%	2.055
Veneto	89,1%	2.005
Piemonte	87,6%	1.970
Lombardia	87,4%	1.966
Umbria	85,9%	1.932
Marche	84,1%	1.893
Liguria	82,8%	1.862
Friuli Venezia-Giulia*	81,5%	1.833
Prov. Aut. Trento*	78,8%	1.773
Abruzzo	76,6%	1.724
Basilicata	76,4%	1.718
Lazio	75,1%	1.689
Sicilia	69,6%	1.567
Molise	68,0%	1.530
Puglia	67,5%	1.518
Valle d'Aosta*	63,8%	1.436
Calabria	59,9%	1.347
Campania	58,2%	1.309
Prov. Aut. Bolzano*	57,6%	1.296
Sardegna*	56,3%	1.267

\*Friuli Venezia-Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti.

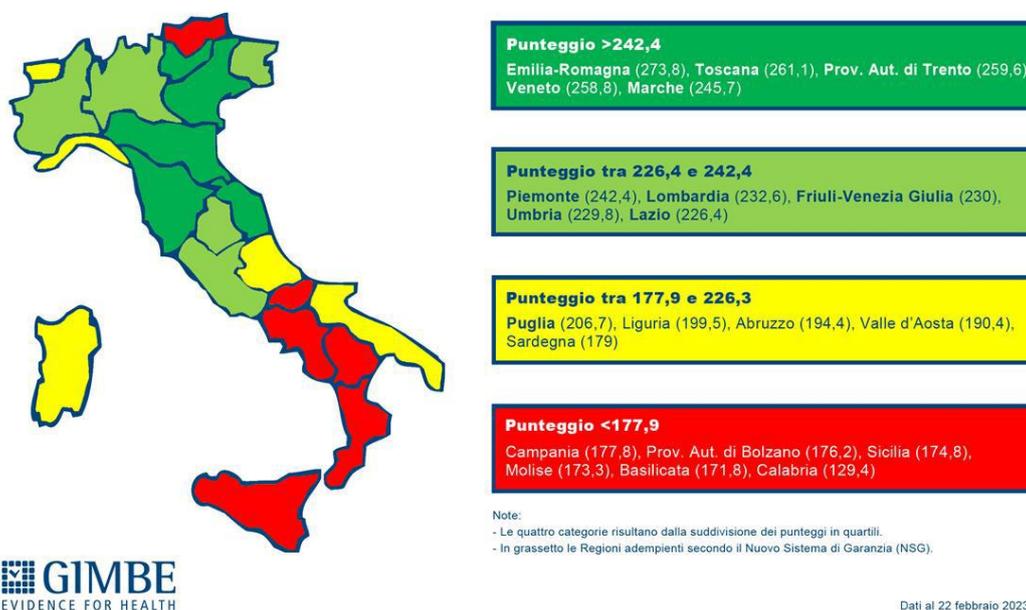
Quartili delle percentuali di adempimento	93,4 – 86,0	85,9 – 76,7	76,6 – 67,6	67,5 – 56,3
---	-------------	-------------	-------------	-------------

A fronte di un Ssn fondato su principi di equità e universalismo, rispetto alla tematica del mantenimento dell'erogazione dei Lea i risultati rappresentati nella *Tabella 1.1*, estratta dal rapporto Gimbe n. 2/2022 - *Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità*, ci restituiscono un'Italia che presenta inaccettabili diseguaglianze regionali. Solo cinque regioni sono risultate adempienti rispetto ai Lea (Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Piemonte, Toscana) e nessuna regione del sud compare tra le prime dieci posizioni. La *Figura 1.2* ci mostra chiaramente il divario regionale in termini di Lea. Questo significa che, in assenza di un cambio di rotta, la tutela della salute continuerà ad essere legata alla residenza delle persone. Una situazione inaccettabile, che sovverte i principi di equità e universalismo del Ssn.

Figura 1.2 -Punteggi Lea

## LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Punteggi totali anno 2020 (max 300 punti)



Quindi, le regioni meridionali hanno speso tanto, ma hanno speso molto male innescando un altro fenomeno, stiamo parlando del problema della mobilità infraregionale. Andare fuori regione è una deliberata scelta del paziente, che spera di trovare un servizio migliore. Analizzare i flussi della mobilità sanitaria significa analizzare l'efficienza delle diverse regioni: le regioni particolarmente attrattive sono la Lombardia, l'Emilia-Romagna la Toscana e il Veneto, che nel rapporto tra pazienti in entrata ed in uscita ottengono il miglior risultato; le regioni che attraggono meno sono sempre le stesse, Sicilia, Sardegna, Campania e Calabria.

Quindi, le regioni finanziariamente virtuose sono anche le regioni più attrattive, mentre le regioni viziose sono anche le regioni *repulsive*. Questa è la dimostrazione che spendere di più non significa fare meglio ma semplicemente *spendere male*. Fra l'altro il meccanismo della mobilità sanitaria è un fenomeno autogenerante: più è la mobilità attiva e più sono le risorse a disposizione delle regioni virtuose che possono reinvestirle in ricerca e miglioramento delle prestazioni sanitarie e attrarre, di conseguenza, più pazienti; più è alta la mobilità passiva e più la regione si depaupera di risorse, sia a causa dei mancati proventi che a causa dei rimborsi dovuti alle regioni verso cui la mobilità è diretta. I volumi di risorse che le regioni del centro-sud hanno rimborsato dal 2011 alle regioni del settentrione a causa della mobilità sanitaria ammontano a quasi un miliardo di euro l'anno. Gli ultimi dati disponibili relativi all'anno 2021, riportati nella *Tabella 1.2*, sono stati

ricavati dal rapporto Gimbe 1/2024.

Tabella 1.2 – Valori della mobilità sanitaria nel 2001

REGIONI	CREDITI	DEBITI	SALDO
Abruzzo	€ 81.272.686	€ 189.404.804	-€ 108.132.118
Basilicata	€ 44.867.274	€ 128.350.178	-€ 83.482.904
Calabria	€ 36.913.856	€ 289.326.061	-€ 252.412.205
Campania	€ 173.305.133	€ 394.183.529	-€ 220.878.396
Emilia-Romagna	€ 681.454.178	€ 239.501.680	+€ 441.952.498
Friuli Venezia Giulia	€ 86.642.984	€ 94.247.447	-€ 7.604.463
Lazio	€ 370.176.793	€ 509.833.594	-€ 139.656.801
Liguria	€ 121.659.124	€ 191.179.772	-€ 69.520.648
Lombardia	€ 732.479.919	€ 461.424.504	+€ 271.055.415
Marche	€ 113.696.372	€ 152.149.769	-€ 38.453.397
Molise	€ 112.746.230	€ 68.839.014	+€ 43.907.216
Piemonte	€ 265.903.127	€ 253.730.499	+€ 12.172.628
Prov. Aut. Bolzano	€ 28.461.279	€ 28.036.368	+€ 424.911
Prov. Aut. Trento	€ 66.852.877	€ 65.498.619	+€ 1.354.258
Puglia	€ 150.225.333	€ 281.641.197	-€ 131.415.864
Sardegna	€ 21.770.215	€ 86.495.443	-€ 64.725.228
Sicilia	€ 52.891.246	€ 230.334.804	-€ 177.443.558
Toscana	€ 193.389.350	€ 184.145.250	+€ 9.244.100
Umbria	€ 70.375.056	€ 101.557.915	-€ 31.182.859
Valle d'Aosta	€ 13.502.994	€ 27.054.749	-€ 13.551.755
Veneto	€ 498.406.292	€ 270.258.839	+€ 228.147.453
ACISMOM (ordine di Malta)	€ 45.250.780	€ 0	+€ 45.250.780
OPBG (Osp.pediatr.Bambin Gesù)	€ 285.047.621	€ 96.685	+€ 284.950.936
TOTALE	€ 4.247.290.719	€ 4.247.290.720	€ 0

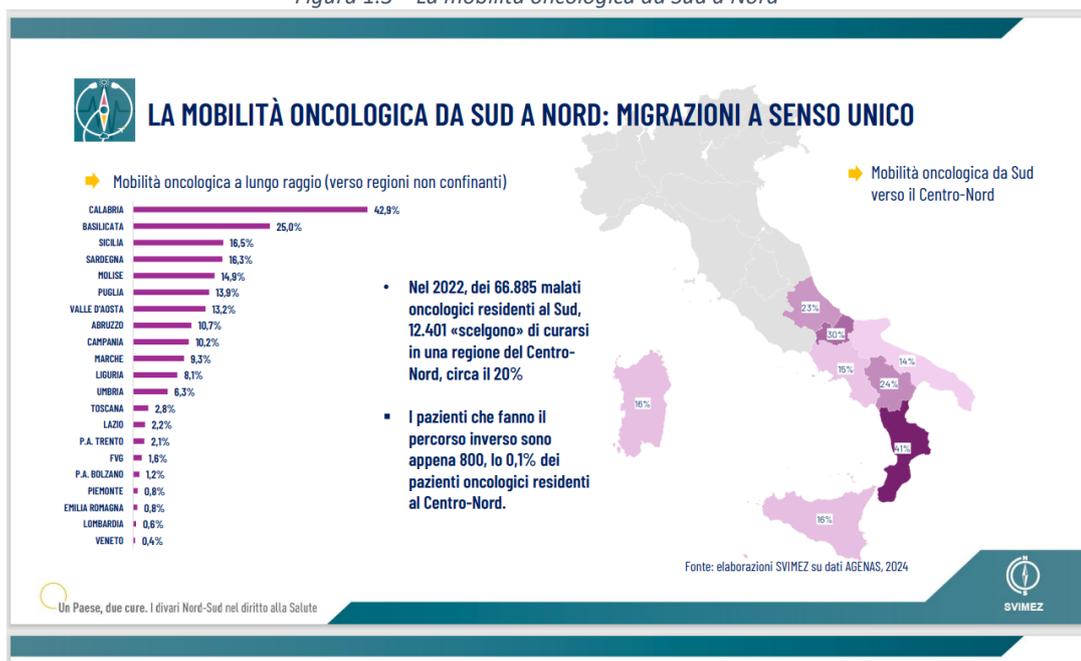
Strettamente correlata alla tematica della mobilità sanitaria vi è quella dell'indice di soddisfazione del paziente. Fermo restando che la mobilità sanitaria è frutto di una qualità percepita dal paziente (quindi un aspetto soggettivo e non oggettivo), la statistica, ancora una volta, ci mostra che il tasso di soddisfazione dei pazienti nelle regioni centro-settentrionali è di oltre il 50% a fronte del solo 28% delle regioni centro-meridionali.

Tuttavia, anche qualora invece di considerare la qualità percepita, che abbiamo definito un criterio troppo soggettivo, prendessimo in considerazione altri indicatori: efficienza ospedaliera, appropriatezza, output, risultato finale, etc., il risultato non cambia: tutte le regioni del centro-nord occupano i primi posti delle classifiche e le regioni del centro-sud sono, sistematicamente, collocate nella parte inferiore delle graduatorie. La palma d'oro del peggior sistema sanitario spetta alla Calabria, seguita da Campania, Puglia e Sicilia.

Relativamente alla mobilità oncologia, a titolo esemplificativo, la *Figura 1.3* ricavata dal rapporto SVIMEZ del 07/02/2024<sup>18</sup> - *Un Paese, due cure*, ci fornisce un quadro chiaro di quale sia la reale situazione della mobilità sanitaria in uscita dalle regioni meridionali.

<sup>18</sup> <https://lnx.svimez.info/svimez/un-paese-due-cure-2/>

Figura 1.3 – La mobilità oncologica da Sud a Nord



Il profondo divario tra Nord e Sud del Paese, sembra tagliare in due la penisola. Le regioni che sono finanziariamente disciplinate nei conti della sanità e che quindi si mantengono quindi entro il budget assegnato, erogano i servizi migliori. Le regioni che, al contrario, sfiorano sistematicamente il budget, indebitandosi pesantemente, offrono i servizi di qualità peggiore. Il divario nord sud non è da attribuire a una questione di budget da incrementare, ma, piuttosto a come questo budget è stato utilizzato in passato e come viene gestito ancora oggi.

## 1.6 L'insostenibilità della spesa sanitaria, prospettive future e rischi, soluzioni alternative all'autonomia differenziata

Denatalità, invecchiamento della popolazione e aumento dei volumi di domanda e della qualità di prestazioni sanitarie pongono alla sanità italiana una sfida di non facile soluzione. Una sfida che, tuttavia, potrebbe rappresentare anche un'opportunità per ripensare completamente l'attuale offerta sanitaria. Le domande che la classe politica è chiamata a porsi sono: Nel futuro, troveremo adeguate risorse finanziarie per mantenere gli attuali livelli d'intervento? Saremo costretti ridimensionare il campo di azione del sistema sanitario pubblico, individuando un modello differente? È arrivato il momento di abbandonare il sistema universalistico e di veicolare il sistema verso una progressiva privatizzazione? O lo Stato dovrà continuare a garantire l'universalità e la globalità del servizio sanitario, convogliando, di contro, sempre

più risorse verso questo settore? È il caso di ritornare al sistema delle mutue integrative o a un sistema di tipo assicurativo? Questa è la tematica della *sostenibilità della spesa sanitaria*.

Le uniche certezze per il futuro sono che la domanda dei servizi sanitari aumenterà e che le risorse destinate al finanziamento del Ssn subiranno una decurtazione, o, quanto meno, non verranno incrementate. La domanda di prestazioni aumenterà sia a causa dell'invecchiamento della popolazione che a causa dei consistenti progressi e innovazioni che hanno caratterizzato la ricerca sanitaria in questo ultimo decennio. Oggi sono disponibili prestazioni poco invadenti e risolutivi in campi ove precedentemente era rischioso intervenire. Tali innovazioni hanno comportato e comportano, a causa della maggiore specializzazione e livelli di tecnologia utilizzati, cospicui e continui investimenti e un maggiore accesso alle prestazioni il cui costo è di gran lunga superiore a quelle tradizionali.

Dal 2012 è iniziata la stagione dei tagli al Ssn, prima da parte del governo Berlusconi e, successivamente, con la *spending review* del governo Monti. Anche la politica europea ha imposto dei vincoli che di fatto hanno comportato il taglio della spesa sanitaria. Con questi tagli il servizio sanitario diventerà insostenibile da parte delle regioni.

Una prima conseguenza dei tagli al Ssn è l'aumento della spesa sanitaria da parte dei privati. Ciò significa rovesciare sulle famiglie una quota maggiore di spesa. Oggi, la spesa sanitaria è ripartita per il 78% a carico del Ssn e per il 22% a carico dei cittadini, spesa *out-of-pocket*.

Oggi si parla di autonomia differenziata. Il Consiglio dei ministri in data 02/02/2023 ha approvato il Ddl n. 615 *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario* avviando il percorso che dovrebbe portare a perseguire obiettivi voluti da anni da alcune regioni del nord.

Con l'autonomia differenziata lo Stato attribuirà alle regioni a statuto ordinario autonomia legislativa sulle materie di attuale competenza concorrente ma anche per alcune materia di competenza esclusiva dello Stato.

Uno dei cardini del Ddl è quello dei Lep (livelli essenziali delle prestazioni), un oggetto misterioso che dovrà garantire l'equilibrato e corretto ricorso al processo di autonomia anche se, per il vero, in Sanità cambia poco perché già sono presenti i Lea.

Non volendo entrare, in questa sede, nel dettaglio del Ddl, ci limitiamo a porci una sola domanda. L'autonomia differenziata, fortemente voluta da alcune regioni del Nord, ha lo scopo, in fondo, di consentire alle regioni richiedenti di poter contare su maggiori risorse finanziarie.

Ebbene, all'art. 8 del Ddl si legge che *dall'applicazione della presente legge e di ciascuna intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica*. Da qui, un nasce un primo problema: Come potrà qualche regione avere più soldi senza che qualcun'altra ne abbia meno? La risposta è ragionieristica: è impossibile. Già solo questo aspetto mette in forte repentaglio i principi fondanti del nostro servizio sanitario nazionale, si pensi ai principi di della solidarietà e dell'uguaglianza.

Il 6° rapporto Gimbe 10/10/2023 afferma che *l'attuazione di maggiori autonomie in sanità, richieste proprio dalle regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che amplificare le diseguaglianze registrate già con la semplice competenza regionale concorrente in tema di tutela della salute*. Ed è anche per questo motivo che la Fondazione Gimbe – tenendo conto della grave crisi di sostenibilità del Ssn, delle inaccettabili diseguaglianze regionali e dell'impatto delle maggiori autonomie – ha proposto di eliminare la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere il trasferimento delle funzioni da parte dello Stato, perché la loro attuazione finirebbe per assestare il colpo di grazia al Ssn. L'autonomia differenziata in sanità legittimerà normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.

Ma allora, come trovare le risposte alle domande che ci siamo posti all'inizio del paragrafo? Non è semplice, anzi è molto complesso. Ma la complessità va gestita.

Nel tentare di trovare delle risposte per il futuro appare indispensabile effettuare dei confronti anche con altri modelli e sistemi, ossia appare opportuno confrontare e comparare i vari sistemi/modelli adottati dai principali paesi europei e del mondo occidentale, ossia i paesi dell'area OCSE, per carpirne i punti di forza e di debolezza. Questo lavoro è stato già compiuto da Federico Toth. L'autore si è chiesto quale fosse il sistema sanitario con il livello di performance più alto (F. Toth, 2009, *Le politiche sanitarie – modelli a confronto*). Toth, nel suo lavoro, effettua una disamina certosina ai modelli adottati da una molteplicità di nazioni, ciascuno con le proprie peculiarità e caratteristiche, e si chiede quali sono i costi per le rispettive comunità, quali i sistemi di finanziamento, qual è la percentuale di popolazione coperta dal sistema e quella che rimane senz'alcuna tutela, esamina il grado d'*integrazione* (attori appartenenti alla stessa organizzazione) o di *separazione* (sistemi con massima autonomia e indipendenza degli attori) dei vari modelli ed analizza il grado di libertà che ogni modello lascia al paziente nello scegliere il professionista o la struttura a cui affidarsi.

Per capire quali siano i “migliori” sistemi sanitari tra i Paesi OCSE, l'autore analizza il

livello di performance dei vari sistemi sanitari (stato di salute della popolazione e aspettativa di vita) e al suo costo sulla collettività. Ebbene sulla base di questi due parametri l'indagine dell'O.M.S. *World Health Report* effettuata nell'anno 2000 collocava l'Italia al 2° posto (F. Toth, 2009, *Le politiche sanitarie – modelli a confronto*, op. cit., pagg. 109-120), ossia subito dopo il podio detenuto dalla Francia. Il rapporto non è stato più pubblicato per le polemiche che lo stesso generò. È naturale che qualcuno potrebbe obiettare che, a distanza di 24 anni, il rapporto non è più attuale. Tuttavia, altri autorevoli organismi hanno pubblicato analoghi rapporti, uno per tutti è il *Bloomberg Health Care Efficiency* del 2018<sup>19</sup> che vede l'Italia al 4° posto su 56 Paesi.

Bloomberg ha elaborato la classifica sulla base dei dati giacenti presso la Banca Mondiale, l'O.M.S., le Nazioni Unite e il F.M.I. chiedendosi quale fossero i sistemi sanitari più efficienti al mondo analizzando il rapporto tra costi e aspettativa di vita.

Le due uniche nazioni europee che figurano tra le prime dieci posizioni del rapporto (cfr. *Tavola 1.2*) sono la Spagna, che occupa la terza posizione, e l'Italia che è collocata al quarto posto. Importanti paesi OCSE occupano le posizioni basse della classifica: Germania 45° posto, Regno Unito 35° posto, Stati Uniti 54°, anche la Francia che secondo l'OMS nel 2000 occupava il podio, secondo Bloomberg nel 2018 si colloca al 16° posto della classifica.

*Tavola 1.2 – I primi dieci sistemi sanitari mondiali in termini di efficienza*

<b>Bloomberg Health Care Efficiency</b>							
Rank	Rank 1Y Ago	Chg	Economy	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost \$
1	1	-	Hong Kong	87.3	84.3	5.7	2,222
2	2	-	Singapore	85.6	82.7	4.3	2,280
3	3	-	Spain	69,3	82.8	9.2	2,354
4	6	2	Italy	67.6	82.5	9.0	2,700
5	4	-1	S. Korea	67.4	82.0	7.4	2,013
6	7	1	Israel	67.0	82.0	7.4	2,756
7	5	-2	Japan	64.3	83.8	10.9	3,733
8	10	2	Australia	62.0	82.4	9.4	4,934
9	12	3	Taiwan	60.8	79.7	6.2	1,401
10	9	-1	U.A.E.	59.7	77.1	3.5	1,402

Il rapporto Bloomberg evidenzia altresì che l'Italia, con una spesa in sanità pari al “solo” 9% del PIL, riesce a garantire il 4° sistema sanitario per livello di performance, mentre, a titolo esemplificativo, la Germania, pur investendo l'11,2% del PIL, si colloca nella parte bassa della

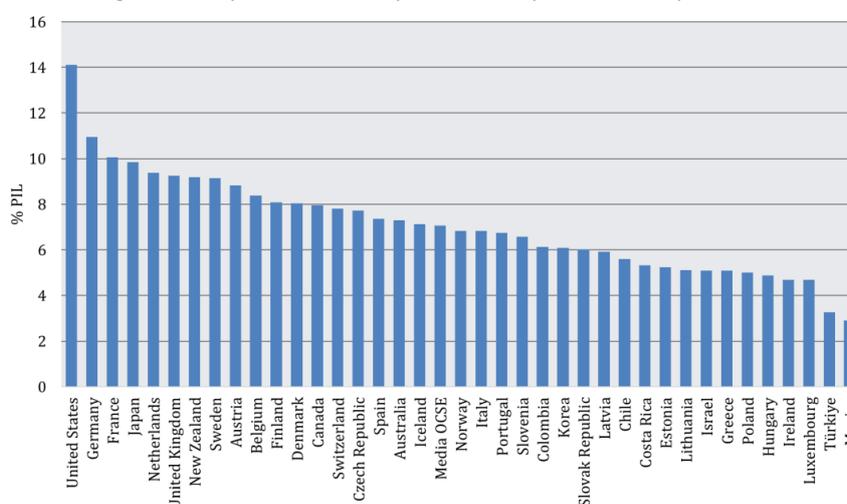
<sup>19</sup> [Classifica Bloomberg 2018: sanità italiana al 4° posto nel mondo per efficienza. Secondi in Europa dopo la Spagna. Ultimi, Usa e Bulgaria - Quotidiano Sanità \(quotidianosanita.it\)](#)

classifica (45° posto), così come gli Stati Uniti che, pur spendendo ben il 16,8% del PIL, si collocano al 54° posto.

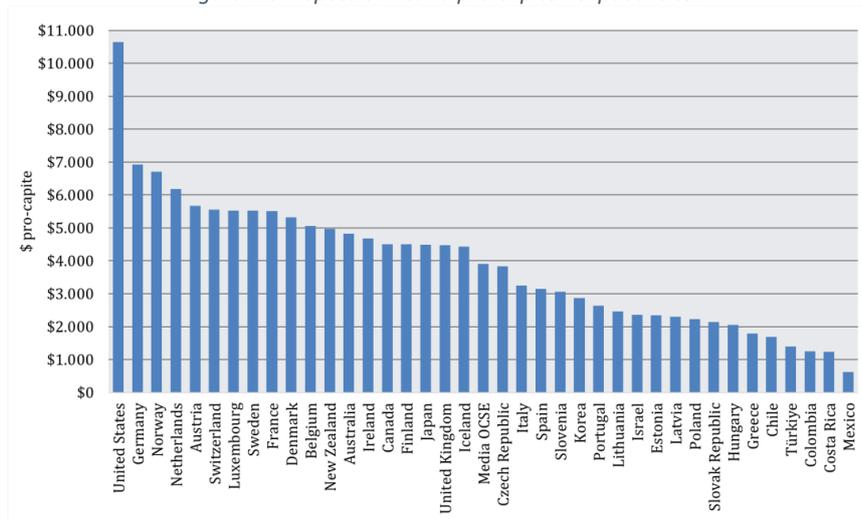
Per meglio comprendere quale sia la spesa sanitaria italiana rispetto a quella dei Paesi OCSE ci aiutano la *Figura 1.4* e la *Figura 1.5* estratte dal 6° rapporto GIMBE del 10/10/2023<sup>20</sup>.

La rappresentazione sinottica ci permette di comprendere in maniera chiara e immediata qual è il divario tra l'investimento del nostro Paese in sanità rispetto a quello degli altri paesi OCSE. Dal rapporto ricaviamo che la spesa sanitaria complessiva italiana, in rapporto al PIL, è al di sotto della media OCSE e che, anche qualora non volessimo considerare il PIL, anche la spesa pro-capite è al di sotto della media OCSE.

*Figura 1.4 – Spesa sanitari dei paesi OCSE in percentuale rispetto al PIL*



*Figura 1.5 – Spesa sanitaria pro-capite nei paesi OCSE*



Il podio dei Paesi OCSE con la spesa sanitaria più alta è detenuto, appunto, dagli Stati Uniti

<sup>20</sup> <https://coronavirus.gimbe.org/press/comunicati/comunicato.it-IT.html?id=423>

e dalla Germania che, però, non detengono il podio della *performance*. Fra l'altro, non possiamo non considerare che il sistema sanitario statunitense è un sistema fortemente iniquo poiché basato su un sistema assicurativo privato molto simile al modello del *libero mercato*. Nonostante il Medicare e il Medicaid della seconda metà del secolo scorso e dei tentativi dell'amministrazione Obama di estendere una qualche forma di assicurazione sanitaria minima a tutta la popolazione, i dati del 2019 ci dimostrano che ancora ben l'8,5% della popolazione è lasciata fuori da ogni forma di protezione sanitaria, ossia più di 20 milioni di cittadini. Anche il sistema tedesco, che è un sistema basato sul modello dell'*assicurazione volontaria obbligatoria*, seppur con delle proprie peculiarità, non ha dato risultati eccellenti. Insomma l'Italia, pur spendendo meno, fa meglio.

Nel tentare di rispondere alle domande che ci siamo posti a inizio paragrafo circa la sostenibilità o meno della spesa sanitaria nei prossimi decenni tenendo anche conto delle sfide che attendono il nostro Paese in termini di natalità, di invecchiamento della popolazione e di aumento della domanda di prestazioni sanitarie, dobbiamo quindi porre alcuni assunti indiscutibili:

1. i sistemi sanitari universali, come lo è quello italiano, sono senza nessun dubbio ottimi sistemi sanitari proprio per l'elevato valore dei principi su cui sono fondati (universalità, uguaglianza e solidarietà). Tutta la popolazione ha diritto ad ottenere la stessa prestazione a prescindere dal ceto sociale, dall'attività lavorativa svolta e dalla capacità di contribuire fiscalmente al sistema.
2. La spesa sanitaria italiana, comparata a quella delle altre nazioni del mondo industrializzato, non è assolutamente la più elevata, anzi è fra le più basse, e ciò nonostante il sistema sanitario italiano ha un livello di *performance* altissimo.
3. Non bisogna pertanto cedere alla tentazione e spostare il sistema verso la sanità privata, anzi bisogna porre gli strumenti normativi affinché il sistema sanitario nazionale continui ad essere finanziato adeguatamente.
4. Il divario di qualità tra i servizi sanitari regionali, in parte causa anche dei diversi modelli organizzativi che le regioni hanno adottato, incrociato con i dati di mobilità passiva e attiva tra le varie regioni e i dati dei disavanzi sanitari delle regioni centro-meridionali, ci dimostrano che il principale problema della sanità italiana è, come tanti altri problemi di questo Paese, un problema di capacità manageriale/amministrativa/tecnica, ma anche di senso civico, mancato rispetto del principio di legalità e di eccessiva intromissione della politica in ambiti che dovrebbero essere esclusivamente tecnici. Parliamo di criticità ataviche che caratterizzano e soffocano il mezzogiorno d'Italia.

Quindi, è opportuno continuare investire nel nostro sistema sanitario nazionale che ha *output di performance* invidiabili a livello mondiale. Ma dove reperire le risorse? Oltre agli stanziamenti pubblici nazionali che dovranno necessariamente continuare a essere sostenuti e, possibilmente, incrementati, vi è una grandissima opportunità derivante dalla partecipazione del nostro paese all'Unione Europea. Stiamo parlando delle opportunità offerte dai fondi europei, siano essi i fondi strutturali di coesione che i fondi del Piano Nazionale di Ripresa Resilienza (Pnrr). I fondi europei di coesione, fra l'altro, hanno proprio lo scopo di ridurre i divari.

L'intero paese, ma soprattutto le regioni del mezzogiorno, in un periodo in cui le risorse nazionali sono oggettivamente scarse, devono saper intercettare dai programmi europei finanza fresca da investire nel nostro invidiabile servizio sanitario nazionale, soprattutto in precisi ambiti quali la sanità territoriale, la ricerca e l'innovazione. Per far questo, serve però una buona capacità amministrativa. Occorre che negli *Uffici Europa* delle aziende sanitarie sia collocato personale sufficiente numericamente, competente e fortemente performante, in grado d'interpretare celermente i bandi, scrivere progetti, rendicontare. Questa, potrebbe essere una soluzione, non sicuramente l'unica da adottare, ma incrementare le risorse economiche da investire in sanità grazie ai fondi europei costituisce un'importantissima opportunità, soprattutto per le ragioni svantaggiate, per rafforzare il sistema sanitario, aumentare la qualità e la quantità delle prestazioni erogate, migliorare la sanità territoriale, incrementare i posti di lavoro, dare una forte spinta economica al territorio, ridurre, appunto, i divari.

L'argomento, c'introduce all'area tematica della proposta progettuale.

## **1.7 Descrizione dell'area tematica della proposta progettuale**

L'area di policy su cui si intende intervenire è quella della capacità amministrativa e, in particolare, dell'efficientamento dell'ufficio *Servizio di internazionalizzazione e ricerca sanitaria* (Sirs) dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (Asp). Ciò consentirà di migliorare la salute e il benessere della comunità, ma anche di sostenere la crescita economica del territorio, aumentare i posti di lavoro, incentivare la ricerca e l'innovatività.

In Sicilia, lo strumento per migliorare il Servizio Sanitario Regionale (Ssr) trova la sua fonte normativa nella L.R. n. 7/2014 "*Promozione della ricerca scientifica in ambito sanitario*". In conformità agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (Psn) la regione Sicilia promuove la ricerca finalizzata biomedica e sanitaria quale strumento per il miglioramento del Ssr attraverso il

Sirs. L'Assessorato della Salute della Regione Sicilia, nella consapevolezza che la partecipazione alle opportunità di finanziamento offerte dai bandi nazionali ed europei dev'essere oramai considerata un'attività istituzionale per tutte le Aziende Sanitarie, ha impartito le opportune disposizioni<sup>21</sup> affinché *le Aziende Sanitarie si dotino di un Grant Office che supporti i ricercatori nell'intercettare le fonti di finanziamento, nella scrittura dei progetti, ne curino le fasi amministrative di presentazione, gestione e rendicontazione*. Il Grant Office è stato denominato "Servizio per la Internazionalizzazione e la Ricerca Sanitaria".

Sulla base delle indicazioni impartite dall'Assessorato della Salute, al *Grant Office* dev'essere assegnato personale appositamente dedicato con requisiti professionali minimi: conoscenze di tecniche di progettazione e delle principali fonti di finanziamento e relativi strumenti di programmazione nazionali ed europei, conoscenza di tecniche di budgeting, rendicontazione, conoscenza della lingua inglese.

Nel 2018 l'Assessorato della Salute, nel prendere atto che a distanza di oltre quattro anni in poche Aziende i Sirs erano stati dotati di personale dedicato, adeguato e con assegnazione di budget, diffidava le Aziende Sanitarie a provvedere in merito<sup>22</sup>.

Il buon funzionamento del c.d. *Grant Office* Sirs consente, infatti, il raggiungimento di una molteplicità di obiettivi, alcuni diretti e altri indiretti:

- Cogliere le grandi opportunità offerte dai bandi nazionali ed europei;
- Favorire la ricerca sanitaria;
- Favorire lo scambio di *best practices* conseguenti le collaborazioni in programmi comunitari di cooperazione transfrontaliera, sia come promotori che come partner;
- Conseguentemente, migliorare la salute dei cittadini;
- Veicolare una fortissima spinta allo sviluppo economico del territorio di riferimento.

Riguardo quest'ultimo punto, non è superfluo ricordare che il recente rapporto FNOMCeO-CENSIS del 24/10/2023<sup>23</sup>, dal titolo *Il valore economico e sociale del Servizio Sanitario Nazionale*, afferma che il Ssn, basato sui valori di un'universalità e uguaglianza, oltre a perseguire la *mission* istituzionale della tutela della salute dei cittadini, *costituisce uno degli attori fondamentali per lo sviluppo economico del Paese*.

---

<sup>21</sup> Direttiva Assessorato della Salute Regione Sicilia prot. N. 15730 del 23 febbraio 2015

<sup>22</sup> Direttiva Assessorato della Salute Regione Sicilia prot. N. 320157 del 16 aprile 2019

<sup>23</sup> [Rapporto FNOMCeO-Censis: ogni euro investito nel Servizio sanitario nazionale ne genera quasi il doppio - FNOMCeO](#)

Il rapporto FNOMCeO-CENSIS afferma che il Ssn è una straordinaria leva per lo sviluppo del ns. paese, in grado di creare un considerevole valore su almeno 4 aspetti:

- a) Economico, grazie alla gigantesca domanda di beni e servizi per gli operatori economici che operano nel settore, parecchi dei quali dediti all'innovazione e alla ricerca;
- b) Occupazionale, non solo in termini di forza lavoro occupata nel settore, ma anche nell'indotto. Fra l'altro trattasi di occupazione di qualità, buona parte del personale ha un elevato livello di scolarizzazione;
- c) della Ricerca, quale attività costante che comporta continua innovazione e disseminazione di nuove prassi;
- d) della Coesione Sociale. Per il principio universalistico e dell'eguaglianza, a differenza di altri settori ove le disparità socioeconomiche si ampliano, la sanità è un forte collante sociale.

Nell'analizzare i consistenti livelli occupazionali diretti e indiretti (circa 2,2 milioni di persone) e l'enorme valore economico generato nel mercato di beni e servizi basato sull'analisi delle interdipendenze settoriali (circa 242 miliardi di euro), il rapporto dimostra che *la spesa sanitaria pubblica è una voce d'investimento ad alta redditività economica che sarebbe opportuno promuovere e potenziare.*

Inoltre, da dati pubblicati dal *Sole 24 ore* la filiera della salute vale l'11% del PIL<sup>24</sup>, quindi una fetta gigantesca delle politiche pubbliche. Il Ssn è la quarta filiera produttiva italiana e impegna oltre il 16% della spesa pubblica italiana. I suoi dipendenti costituiscono oltre il 20% del pubblico impiego. Le regioni destinano oltre l'80% del loro budget per la sanità.

Per ogni euro speso in sanità viene generato un valore della produzione quasi il doppio. Il moltiplicatore, infatti, è pari a 1,84. La spesa sanitaria pubblica è, pertanto, una *spesa generativa*. Per il Censis il Ssn è molto più che welfare. La spesa sanitaria incide non solo sulla salute dei cittadini ma anche sull'infrastruttura socioeconomica del nostro Paese. L'investimento in sanità è un investimento molto produttivo che *garantisce un apprezzato equilibrio tra sviluppo economico, qualità della vita e coesione sociale.*

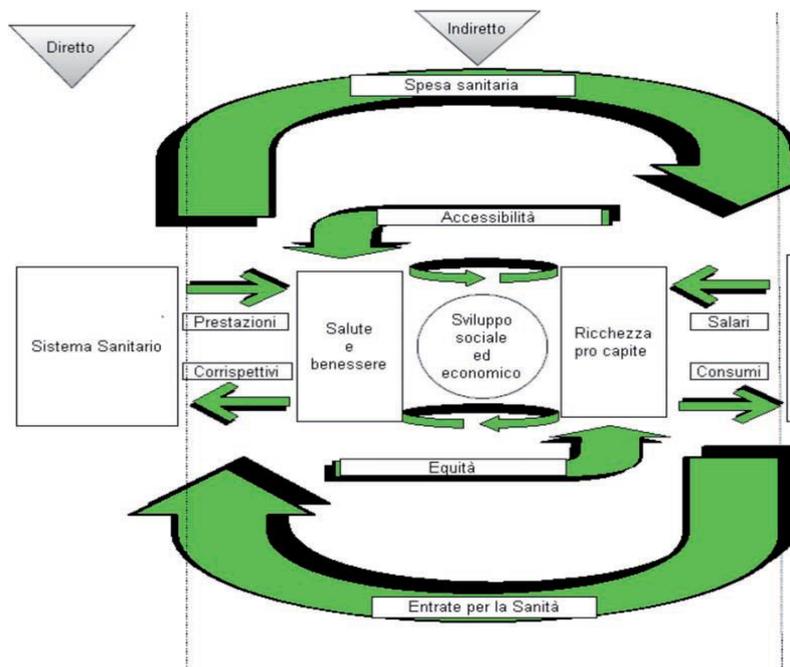
Allo stesso risultato erano già arrivati gli autori di uno studio commissionato da Confindustria Latina e relativo alla sanità Pontina (A. Caucci Molaro, G.S. Martorana, F. Miraglia, A. Urbani, 2013, *Salute e Assistenza: necessità e virtù – Costo o investimento? Una prospettiva*

---

<sup>24</sup> [Dalla filiera della salute l'11% del Pil: white economy driver dell'economia italiana - Il Sole 24 ORE](#)

d'integrazione del servizio a sistema dello sviluppo place based). Perfettamente coerente a quanto da più recentemente affermato dal Censis, gli autori dello studio avevano già affermato e dimostrato quali sono gli effetti indotti che gli investimenti nel sistema sanitario possono generare per lo sviluppo economico di un territorio, in termini di moltiplicatori *keynesiani*, e, quindi, della necessità d'investire in salute, non solo per i positivi effetti in termini di salute e benessere ma anche di sviluppo sociale ed economico della comunità. Il modello di funzionamento di questo sistema *generativo* è ben rappresentato dalla *Figura 1.6* estratta dal lavoro dagli studi effettuati sulla sanità pontina.

Figura 1.6 – Il sistema generativo della spesa sanitaria



Pertanto, è indispensabile che il *Grant Office* Sirs sia ben efficientato poiché le opportunità offerte dai bandi nazionali ed europei, legati ai fondi strutturali e al Pnrr<sup>25</sup>, oltre ad avere un impatto positivo sulla salute dei cittadini, costituiscono anche un forte volano per lo sviluppo economico del territorio di riferimento. Reingegnerizzazione, adattabilità, formazione, reclutamento, collaborazione e partenariato sono i punti cardine del progetto descritto al Capitolo III.

<sup>25</sup> Riguardo al Pnrr, bisogna ricordare che a partire dal 2009, la politica di austerità, il blocco del turn over, ma anche il populismo, hanno determinato un cambiamento epocale nella pubblica amministrazione. Il personale si è contratto di 267 mila unità, l'età media è salita a 50 anni e nessun processo di modernizzazione è stato avviato. Insomma, una burocrazia poco credibile agli occhi dell'Unione e dei mercati finanziari sulla cui ossatura risultava molto difficile far poggiare la complessa macchina organizzativa del Pnrr. Il governo Draghi, con questa consapevolezza, ha avviato una serie di misure tampone, affiancando un'amministrazione *straordinaria* a quella ordinaria (strutture di missione), rivitalizzando la macchina amministrativa con 2.800 unità di professionisti e tecnici, ma agendo anche con misure normative su fisco, concorrenza, appalti e corruzione, formazione, snellimento delle procedure di reclutamento centralizzazione della gestione delle misure del Pnrr, etc. Per approfondimenti cfr. Natalini A., Di Mascio F. (2022), *Il PNRR e la capacità amministrativa*

## 1.8 Esperienze di buone pratiche

Il divario che divide in due l'Italia si manifesta in ogni ambito: sanitario, economico, produttivo, sociale. Non c'è un ambito del nostro Paese in cui non si rilevi una forte spaccatura tra regioni del mezzogiorno e regioni del centro-nord. Anche andando alla ricerca di buone pratiche in materia di *Grant Office*, il risultato è sempre lo stesso. Le buone pratiche sono fortemente concentrate nelle regioni del Nord, con in vetta la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna. Trattasi di regioni che, per ragioni storiche e culturali, sono state governate da coalizioni dal colore politico anche opposto ma che, ciò nonostante, hanno dato ottimi risultati in termini di efficienza dei loro sistemi sanitari anch'essi caratterizzati da modelli organizzativi diversificati. Questo perché, come già affermato al paragrafo 1.7, la causa del divario non è da ricercare nelle diverse *policy* e, quindi, nei diversi modelli organizzativi adottati dalla politica nei territori di riferimento, ma è da ricercare in altri fattori che hanno a che vedere con la cultura, il senso civico, il livello di *accountability* sia della classe politica che dell'amministrazione, il senso del dovere, etc.

Quanto a buone pratiche in materia di *Grant Office* nella regione Emilia Romagna si segnalano le esperienze molto positive dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma, dell'A.Usl - I.R.C.C.S. di Reggio Emilia, dell'A.Usl di Modena, del Policlinico S. Orsola di Bologna, dell'A.Usl di Ferrara, insomma un po' tutte le aziende sanitarie emiliane hanno dato buon risultato nella materia dell'internazionalizzazione.

I *Grant Office* delle aziende sanitarie emiliane sono nati per affiancare i ricercatori nella partecipazione ai bandi regionali, ministeriali ed europei. Gli uffici forniscono valida ed efficiente consulenza tecnica e amministrativa ai professionisti sin dalla fase della proposta, costituendo un valido supporto nella predisposizione del budget e dell'entità del finanziamento da richiedere all'Ente che ha pubblicato il bando. I *Grant Office* emiliani riescono a rispettare in maniera puntuale le linee guida del bando. Un indicatore di efficienza ed efficacia degli uffici *Grant Office* emiliani è dato dagli elenchi dei progetti approvati e dal loro spessore scientifico. Fra tutte si segnala l'elenco dei progetti finanziati presso l'azienda ospedaliera-universitaria di Parma<sup>26</sup>.

I *Grant Office* delle aziende sanitarie emiliane riescono a monitorare il finanziamento erogato con sorprendente precisione contabile sin dall'avvio fino alla fase di rendicontazione finale e chiusura del progetto. Invidiabile è la capacità amministrativa in termini di verifica di attinenza dei costi al progetto, attività che viene svolta in tutte le fasi, intermedie e finali.

---

<sup>26</sup> Cfr. <https://www.ao.pr.it/wp-content/uploads/2022/11/Grant-office-e-valorizzazione-dei-prodotti-della-ricerca.pdf>

Per raggiungere livelli di efficienza così elevati, è indispensabile che le aziende sanitarie siano dotate di un sistema di valutazione della performance molto efficienti. Al riguardo, è sufficiente guardare cosa accade al policlinico S.Orsola di Bologna che ha reso pubblica la scheda di valutazione<sup>27</sup> del personale assegnato al *Grant Office*. Ebbene, il sistema di valutazione dei funzionari assegnati al *Grant Office* è basato su una griglia che è stata formulata con parametri ben determinati e molto oggettivi. La griglia individua precisi ambiti di attività a cui sono associati precisi obiettivi, indicatori, modalità di rilevazione, volumi di attività, valore soglia, valore di raggiungimento del dipendente, valutazione promessa. Gli ambiti di attività oggetto della valutazione, ci permettono di capire com'è possibile raggiungere livelli di performance molto alti. Difatti, non sono oggetto di valutazione ambiti di attività banali o che dovrebbero essere dati per scontati (spesso nelle aziende sanitarie meridionali viene valutato il mero rispetto dell'orario di servizio o il numero di giornate "lavorate" nell'anno). Gli ambiti oggetto della valutazione sono di spessore molto elevato, quali: a) il contributo apportato per il raggiungimento dei risultati della struttura (punti 10); - b) la capacità di lavorare in equipe, integrarsi professionalmente, sviluppare senso di appartenenza e capacità decisionali (punti 25); - c) la capacità di gestire in maniera efficiente ed efficace i carichi di lavoro assegnati anche coordinando diverse professionalità coinvolte (punti 35); - c) la conoscenza approfondita di tutto il processo legato all'attività, alla gestione, al controllo e alla verifica dell'intero progetto/processo, e la capacità di proporre soluzioni innovative/migliorative (punti 30).

Si vuole sottolineare che il parametro oggetto della massima valutazione è la *capacità di gestire in maniera efficiente ed efficace i carichi di lavoro*. Questo significa valutare ciò che il dipendente riesce a fare efficacemente e senza spreco di risorse in riferimento alla funzione che lo stesso è chiamato a svolgere all'interno dell'ufficio di assegnazione, ossia valutare se il funzionario sa lavorare. Se i funzionari della pubblica amministrazione riuscissero a gestire in maniera efficiente ed efficace i propri carichi di lavoro, si ritiene che il problema della poca efficienza della P.A., soprattutto quella del mezzogiorno, sarebbe per più della metà già risolto.

Molto interessante è anche l'organizzazione interna del *Grant Office* del Policlinico S.Orsola<sup>28</sup>. Trattasi di una struttura semplice, allocata all'interno della Direzione Scientifica, e articolata in due uffici:

---

<sup>27</sup> Cfr. [https://www.aosp.bo.it/sites/default/files/Allegati\\_ricerca/AREA%20A%20GRANT%20OFFICE\\_.pdf](https://www.aosp.bo.it/sites/default/files/Allegati_ricerca/AREA%20A%20GRANT%20OFFICE_.pdf)

<sup>28</sup> Cfr. <https://www.aosp.bo.it/content/grant-office>

*Project development:*

- scansione delle opportunità di finanziamento
- supporto alla stesura della proposta progettuale e alla sottomissione del progetto
- revisione dei moduli amministrativi richiesti per la partecipazione al bando;
- coordinamento con le altre funzioni aziendali, con le Università e gli altri IRCCS metropolitani e nazionali.

*Project management:*

- gestione degli aspetti finanziari e amministrativi a supporto dei progetti di ricerca risultati finanziati;
- monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti di ricerca
- supporto nella gestione delle relazioni con l'Ente Finanziatore e con altri Enti coinvolti nel progetto
- coordinamento con le altre funzioni aziendali

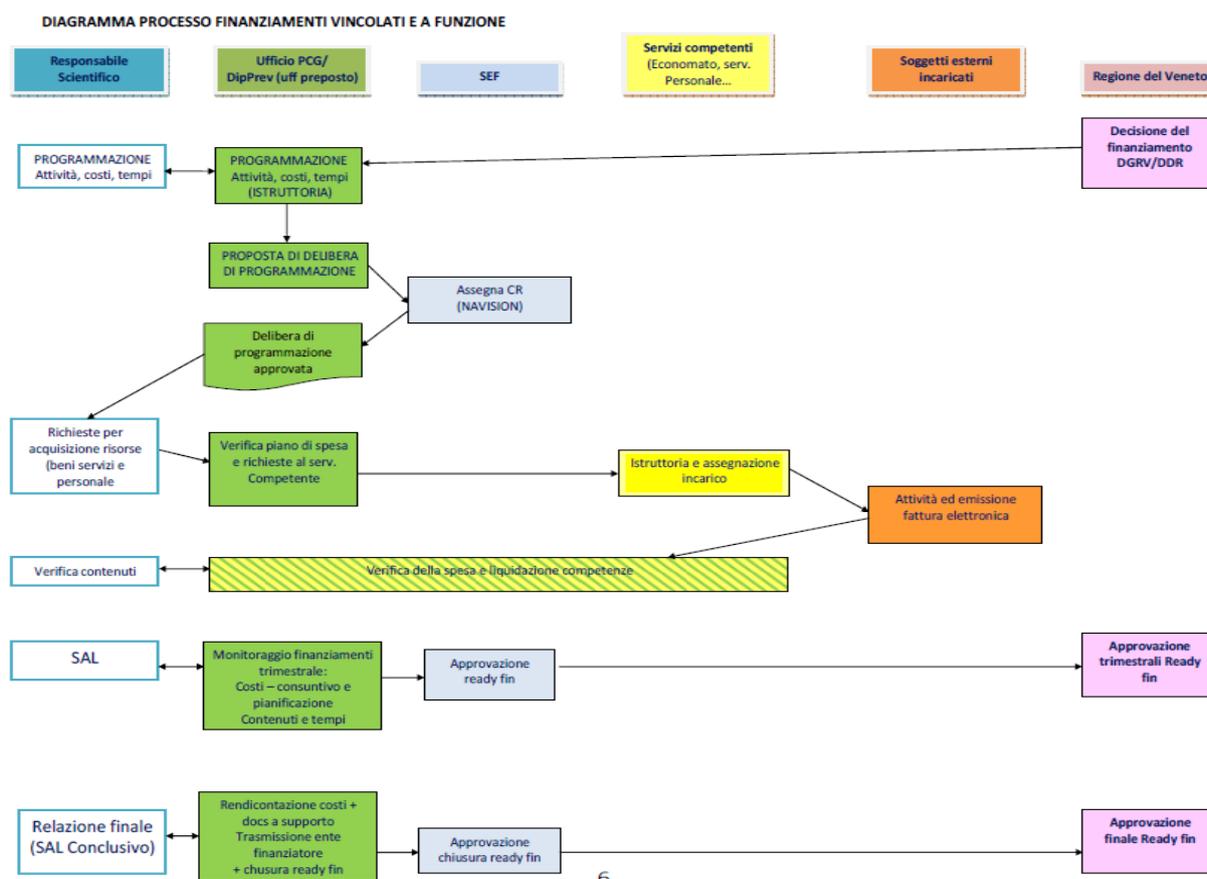
Quindi capacità amministrativa fortemente legata al sistema di valutazione della performance, ma non solo. Anche la regolamentazione di organizzazione e funzionamento degli uffici dev'essere chiara, dettagliata e non lasciare a spazi interpretativi.

Si segnala, al riguardo, il buon regolamento adottato dall'U.L.S.S. Marca Trevigiana della regione Veneto in materia di *linee guida per la gestione amministrativo-contabile dei finanziamenti vincolati*. A differenza di quanto avviene in parecchie aziende sanitarie del mezzogiorno ove si rinvengono regolamenti “copia e incolla” ma dai contenuti essenzialmente “vuoti”, l'Azienda veneta si è dotata di un ottimo regolamento.

Il regolamento individua, in base alla tipologia di finanziamento dei precisi responsabili/coordinatori. Quindi un *Grant office* con diversi coordinamenti sulla base della tipologia del finanziamento, si va dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, al Direttore dell'U.O.C. Servizi Sociali e Socio-Sanitari e, relativamente ai finanziamenti a funzione e vincolati, l'azienda trevigiana ha deciso di collocare l'*Ufficio Progetti Finanziati* all'interno dell'U.O.C. Controllo di Gestione. Già si rileva un modello organizzativo molto differente rispetto a quello dell'azienda S.Orsola di Bologna. L'organizzazione, difatti, dev'essere adattata alle esigenze aziendali e non può essere frutto di un “copia e incolla” di altre realtà. Ogni azienda, sulla base delle proprie peculiarità e delle caratteristiche del territorio di riferimento, deve scegliere un modello organizzativo che possa dare le migliori risposte possibili al territorio.

È sorprendente il livello di dettaglio del regolamento. A titolo esemplificativo, relativamente ai progetti finanziati e a funzione, nel regolamento è stato inserito un work-flow ove sono ben rappresentati i percorsi e le attività, cfr. *Figura 1.7*.

Figura 1.7 – Diagramma di processo finanziamenti vincolati e a funzione



Come si ricava dalla *Figura 1.7*, il percorso è ben disegnato per cui ogni funzionario coinvolto nel processo saprà cosa fare e quali sono le azioni che precedono e che seguono. Ciò che è rappresentato nel work-flow è poi ben descritto nel regolamento, fase per fase, dalla programmazione, all’approvazione del progetto al relativo finanziamento, fin alla rendicontazione e alla chiusura. Per ogni attività è ben individuato il centro d’imputazione della responsabilità e il relativo termine per la conclusione. Al riguardo, si sottolineano tempi brevissimi per ogni attività<sup>29</sup>.

Nel regolamento sono state previste attività di monitoraggio trimestrale del finanziamento, sulla base di una griglia già allegata al regolamento stesso. Ben dettagliata è anche l’attività rendicontazione in itinere e quella finale. È stato pure previsto, a carico del responsabile del procedimento, un obbligo di diffusione dei risultati all’esterno, quindi una particolare attenzione alla tematica della comunicazione. Insomma, il regolamento dell’U.L.S.S. Marca Trevigiana non è altro che la concretizzazione di ciò che gli Enti del mezzogiorno non riescono a fare, ossia definire in maniera chiara e inequivocabile *chi fa cosa, come lo si fa e in quanto tempo va fatto*.

<sup>29</sup> A titolo esemplificativo, se il progetto richiede acquisizione di beni e servizi, l’ufficio incaricato dovrà provvedervi entro 20 gg. dalla richiesta, oppure, se occorre reclutare del personale, l’U.O.C. Risorse Umane provvederà a pubblicare l’avviso entro 7 gg. dalla richiesta e stipulare il contratto entro i 15 gg. successivi dall’espletamento della procedura

Questa è efficienza!

Per chiudere la narrazione di buone di esperienze di buone pratiche, tenuto conto che la proposta progettuale descritta al Capitolo III ha come idea forza: LA CAPACITÀ AMMINISTRATIVA DELLE AZIENDE SANITARIE È ANCHE CAPACITÀ NEL SAPER COGLIERE LE OPPORTUNITÀ OFFERTE DAI BANDI EUROPEI - appare opportuno segnalare una buona pratica di un'azienda sanitaria lombarda, la Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta, che, ritenendo indispensabile far acquisire ai propri ricercatori e al personale di supporto, le dovute e adeguate competenze su come scrivere in maniera corretta i progetti molto complessi in materia di ricerca sanitaria e quindi ottenere dei finanziamenti dall'Unione Europea, ha organizzato dei *Corsi di Grant writing: come imparare a scrivere i progetti e ottenere finanziamenti europei*<sup>30</sup>. Attività di tale natura ci fanno capire cosa significa credere in una funzione innovativa, un esempio di buona *capacity building*.

L'investimento in formazione è, in questo campo, fondamentale. La materia è complessa e la competizione è forte. Solo i migliori sapranno intercettare i finanziamenti messi a disposizione dall'U.E., ma bisogna crederci. Se non ci si crede è meglio chiudere gli uffici Europa istituiti nelle varie pubbliche amministrazioni. Gli uffici, se non ben performanti, rappresenteranno solo un ulteriore spreco a carico della collettività.

---

<sup>30</sup> [https://www.istituto-besta.it/contenuto-web/-/asset\\_publisher/e49xi2G1Jd78/content/1-arte-del-grant-writing](https://www.istituto-besta.it/contenuto-web/-/asset_publisher/e49xi2G1Jd78/content/1-arte-del-grant-writing)

## II. ANALISI DEL CONTESTO

### 2.1 Analisi del contesto socio-economico del territorio del libero consorzio comunale di Ragusa

Il territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa è quello della ex provincia regionale di Ragusa (*Figura 2.1*), oggi Libero Consorzio Comunale di Ragusa.

Figura 2.1 – Territorio ex provincia Ragusa



Il territorio è suddiviso in 12 comuni con una popolazione complessiva di 317.793<sup>31</sup> abitanti (dati Istat 01/01/2023), distribuiti in una superficie di 1.623,91 Km<sup>2</sup>. La densità di popolazione è di 195,70 abitanti per Km<sup>2</sup>. Insieme a quella di Siracusa, è la provincia più a sud della Sicilia e confina con i liberi consorzi comunali di Siracusa, Catania e Caltanissetta. La parte meridionale del territorio si affaccia sul mar Mediterraneo.

Il PIL pro capite della provincia di Ragusa è di € 19.400 – dati Sireg 2021<sup>32</sup>, leggermente superiore alla media regionale che è di € 18.963, con un picco di € 21.200 per Siracusa e un minimo di € 16.600 per Agrigento. È da evidenziare che, in un decennio, la provincia di Ragusa, lentamente, ha perso il primato regionale in termini di PIL pro-capite, primato che deteneva fino al 2012.

Ciò nonostante, l'economia del territorio vede i livelli occupazionali e il reddito medio pro-capite fra i più elevati dell'Italia meridionale; il più basso tasso di disoccupazione in Sicilia nella

<sup>31</sup> <https://www.tuttitalia.it/sicilia/provincia-di-ragusa/>

<sup>32</sup> [https://www.sisreg.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=102&Itemid=75](https://www.sisreg.it/index.php?option=com_content&view=article&id=102&Itemid=75)

fascia di età 14-64 anni, 9,9% (7,9% maschi e 13% femmine) rispetto al dato medio regionale del 16,9%<sup>33</sup>.

Nel Consorzio Comunale di Ragusa operano 20.837 imprese con un numero di addetti di 61.156 circa<sup>34</sup>. La densità delle attività produttive è di 341 unità per 1000 abitanti. Le rilevazioni Istat (*Tabella 2.1*) ci mostrano che trattasi di un tessuto di medie e piccole imprese operanti, essenzialmente, nei settori: delle costruzioni; del commercio al dettaglio e all'ingrosso; delle attività dei servizi di alloggio e ristorazione; delle attività professionali, scientifiche e tecniche; della sanità.

Tabella 2.1 – Tessuto imprenditoriale

Territorio	Ragusa									
Impresa con dipendenti	totale									
Forma giuridica	totale									
Selezione periodo	2021									
Tipo dato	numero imprese attive					numero addetti delle imprese attive (valori medi)				
Classe di addetti	0-9	10-49	50-249	250 e più	totale	0-9	10-49	50-249	250 e più	totale
<b>Ateco 2007</b>										
<b>0010: TOTALE</b>	19941	813	75	8	20837	37649,65	13543,07	6477,25	3486,41	61156,38
B: estrazione di minerali da cave e miniere	15	2	..	..	17	39,03	21,74	..	..	60,77
C: attività manifatturiere	1446	172	16	..	1634	3691,66	3035,14	1472,61	..	8199,41
D: fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata	58	..	..	..	58	57,96	..	..	..	57,96
E: fornitura di acqua reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	33	6	..	2	41	80,82	121,03	..	529,93	731,78
F: costruzioni	2589	94	6	..	2689	4953,88	1532,96	603,51	..	7090,35
G: commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli	5803	226	23	3	6055	11762,15	3808,37	1775,51	1490,35	18836,38
H: trasporto e magazzinaggio	443	71	8	2	524	1067,56	1271,86	652,94	679,71	3672,07
I: attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	1565	89	1	..	1655	4182,56	1214,87	64,39	..	5461,82
J: servizi di informazione e comunicazione	427	15	3	..	445	704,76	293,32	231,97	..	1230,05
K: attività finanziarie e assicurative	358	8	1	1	368	535,47	131,04	77,28	786,42	1530,21
L: attività immobiliari	430	..	..	..	430	440,15	..	..	..	440,15
M: attività professionali, scientifiche e tecniche	3257	19	..	..	3276	4039,54	249,71	..	..	4289,25
N: noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	601	28	4	..	633	988,58	449,19	396,47	..	1834,24
P: istruzione	137	14	..	..	151	334,08	285,35	..	..	619,43
Q: sanità e assistenza sociale	1565	57	10	..	1632	2471,81	888,14	944,41	..	4304,36
R: attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	248	8	..	..	256	449,55	180,98	..	..	630,53

Nessuno dei dodici comuni del Libero Consorzio Comunale di Ragusa è classificato come area SNAI, ossia territorio fragile distante dai centri principali di offerta dei servizi essenziali.

Per quanto riguarda la classificazione delle aree rurali, i comuni di Comiso, Vittoria e Acate sono stati classificati come *aree rurali ad agricoltura intensiva*, ossia comuni rurali prevalentemente ubicati in aree pianeggianti ove la superficie rurale ha un peso rilevante, circa i

<sup>33</sup> Dati Istat aggiornanti al 2022 <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=25524>

<sup>34</sup> <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=20771>

2/3 del territorio; i restanti 9 comuni, incluso il capoluogo, sono stati classificati come *aree rurali intermedie*, urbanizzati di collina o di montagna, significativamente rurali<sup>35</sup>.

Nel territorio ibleo non insiste alcun parco naturale, ma due riserve naturali<sup>36</sup>:

- a) la riserva naturale del fiume Irmínio, istituita nel 1985. La macchia-foresta del fiume Irmínio è una fascia costiera di vegetazione che accompagna per circa 1 Km le dune costiere. La macchia-foresta *rappresenta un raro esempio di vegetazione naturale a macchia-arborea, il più imponente in Sicilia*;
- b) La riserva naturale dei pini di Aleppo, istituita nel 1990 al fine di *salvaguardare le formazioni residue autoctone di pinus halepensis e di ricostituire la pineta nelle aree a gariga degradata per azione dell'uomo*.

Quattro sono i siti di interesse comunitario SIC<sup>37</sup>: la foce del fiume Irmínio; l'alto corso del fiume Irmínio; la vallata del fiume Ippari (pineta di Vittoria) e Punta Braccetto, contrada Cammarana. Trattasi di aree individuate dagli stati membri, facenti parte delle "Rete Natura 2000". Ogni SIC include al suo interno habitat e specie di interesse comunitario, definite prioritarie per la conservazione poiché ritenute a rischio.

Da un decennio è iniziato lo sfruttamento delle potenzialità turistiche del territorio provinciale: barocco, mare, cultura, enogastronomia, sono i filoni principali. Molto significativi i dati degli afflussi turistici del comune capoluogo (*Tabella 2.2*) – dati Regione Sicilia 2022 - che da solo attrae 1/3 delle presenze turistiche dell'intera provincia<sup>38</sup>.

---

<sup>35</sup> <https://www.reterurale.it/areerurali>

<sup>36</sup> <https://siciliaparchi.it/>

<sup>37</sup> [SIC, ZSC e ZPS in Italia | Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica \(mase.gov.it\)](https://www.mase.gov.it/)

<sup>38</sup> [Movimenti turistici nella Regione - Dati comunali | Regione Siciliana](https://www.regione.sicilia.it/)

Tabella 2.2 – Afflussi turistici per provincia siciliana e dettaglio provincia Ragusa

Movimento dei clienti (arrivi e presenze) negli esercizi ricettivi per tipologia ricettiva, residenza dei clienti e comune di destinazione - Anno 2022																			
Provincia	Comune	Arrivi									Presenze								
		Totale esercizi			Esercizi alberghieri			Esercizi extra-alberghieri			Totale esercizi			Esercizi alberghieri			Esercizi extra-alberghieri		
		Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Totale
TRAPANI Totale		430.847	191.155	622.002	292.733	120.262	412.995	138.114	70.893	209.007	1.340.721	623.928	1.964.649	871.266	375.274	1.246.540	469.455	248.654	718.109
PALERMO Totale		671.157	562.388	1.233.545	531.175	412.170	943.345	139.982	150.218	290.200	1.823.414	1.722.414	3.545.828	1.412.150	1.335.991	2.748.141	411.264	386.423	797.687
MESSINA Totale		541.654	483.112	1.024.766	408.759	401.213	809.972	132.895	81.899	214.794	1.773.894	1.858.445	3.632.339	1.184.666	1.490.396	2.675.062	589.228	368.049	957.277
AGRIGENTO Totale		233.510	161.140	394.650	170.820	107.402	278.222	62.690	53.738	116.428	828.852	442.750	1.271.602	612.730	322.843	935.573	216.122	119.907	336.029
CALTANISSETTA Totale		40.045	5.363	45.408	28.445	2.715	31.160	11.600	2.648	14.248	163.101	17.359	180.460	131.419	10.336	141.755	31.682	7.023	38.705
ENNA Totale		36.648	20.869	57.517	20.912	5.330	26.242	15.736	15.539	31.275	71.181	35.495	106.676	40.214	9.146	49.360	30.967	26.349	57.316
CATANIA Totale		463.244	349.696	812.940	348.564	233.702	582.266	114.880	115.994	230.874	950.264	950.144	1.900.408	685.356	647.755	1.333.111	264.908	302.389	567.297
SIRACUSA Totale		234.148	169.942	404.090	169.967	113.731	283.698	64.181	56.211	120.392	701.604	499.605	1.201.209	528.609	350.494	879.103	172.995	149.111	322.106
RAGUSA	Chiamonte Guffi	2.617	1.348	3.965	1.406	517	1.923	1.211	831	2.042	6.786	4.387	11.173	3.330	901	4.231	3.456	3.486	6.942
RAGUSA	Comiso	3.781	842	4.623	2.911	634	3.545	870	208	1.078	7.741	2.315	10.056	5.774	1.866	7.640	1.967	449	2.416
RAGUSA	Ispica	11.837	1.358	13.195	9.545	296	9.841	2.292	1.062	3.354	66.034	6.531	72.565	56.899	1620	58.519	9.055	4.911	14.046
RAGUSA	Modica	47.659	13.845	61.504	39.059	7.934	46.993	8.600	5.911	14.511	133.092	44.952	178.044	108.200	23.129	131.229	24.892	21.823	46.775
RAGUSA	Pozzallo	8.721	4.425	13.146	5.528	2.810	8.738	2.793	1.815	4.408	24.732	10.617	35.349	14.613	6.398	21.011	10.119	4.219	14.338
RAGUSA	Ragusa	95.985	53.518	149.503	72.827	38.040	110.867	23.588	15.478	38.436	310.886	163.601	474.487	239.061	96.531	335.592	71.825	47.070	118.895
RAGUSA	Santa Croce Camerina	11.109	4.521	15.630	(?)	(?)	(?)	(?)	(?)	(?)	59.628	35.158	94.786	(?)	(?)	(?)	(?)	(?)	(?)
RAGUSA	Scicli	14.064	5.589	19.653	11.970	3.469	14.639	2.894	2.120	5.014	57.705	24.635	82.340	45.912	15.590	61.502	11.793	9.045	20.838
RAGUSA	Vitoria	10.673	1.583	12.256	9.550	1.381	10.931	1.123	202	1.325	35.437	5.748	41.185	32.617	5.299	37.456	3.280	449	3.729
RAGUSA Totale		206.476	87.029	293.505	154.313	55.369	209.682	52.163	31.680	83.823	702.041	277.944	979.985	510.642	151.974	662.616	191.399	125.970	317.369
		2.857.729	2.030.694	4.888.423	2.125.688	1.451.894	3.577.582	732.041	578.800	1.310.841	8.355.072	6.428.084	14.783.156	5.977.052	4.694.209	10.671.261	2.378.020	1.733.875	4.111.895

I principali siti d'interesse storico/culturale/archeologico<sup>39</sup> del territorio ibleo sono: l'area archeologica Agorà e il museo archeologico di Kamarina, il museo regionale interdisciplinare di Ragusa, l'area archeologica di Cava d'Ispica e il Parco Forza, il convento della Croce di Scicli e la Torre Cabrera di Pozzallo. Particolarmente attrattivi per i flussi turistici sono i tre siti UNESCO di Ragusa, Modica e Scicli, *Le città tardo barocche del Val di Noto*. Il sito, *che rappresenta il culmine del Barocco in Europa, comprende tre interi centri storici, Caltagirone, Noto e Ragusa, alcune specifiche aree urbane di Catania e Scicli e alcuni monumenti isolati di Modica, Palazzolo Acreide e Militello Val di Catania*<sup>40</sup>.

All'incremento delle presenze turistiche hanno contribuito, oltre che la celebre fiction televisiva *Le indagini del Commissario Montalbano*, strategiche infrastrutture turistiche, quali il porto turistico di Marina di Ragusa, oggi 3° scalo turistico siciliano, e l'apertura dell'aeroporto di Comiso. Altre importanti infrastrutture non ancora completate sono: l'autostrada Siracusa-Gela che, a distanza di svariati decenni dall'originaria progettazione e dall'avvio dei lavori, ha finalmente fatto il suo timido ingresso in provincia, nell'area più orientale, mentre è in corso di realizzazione il raddoppio della Ragusa-Catania che permetterà, a realizzazione avvenuta, si prevede nel 2026, di collegare la città metropolitana di Catania all'area iblea in meno di un'ora.

Sinteticamente, economicamente parlando, Ragusa:

- è il 1° polo italiano per produzione lorda vendibile dell'agricoltura, con il 47% della produzione ortofrutticola e floricola sotto serra: si pensi che il 6% appena della popolazione siciliana produce più del 20% del reddito agricolo regionale;

<sup>39</sup> Regione Siciliana Assessorato Beni Culturali

<sup>40</sup> [Le città tardo barocche del Val di Noto \(Sicilia sud-orientale\) - Unesco Commissione Nazionale Italiana per l'Unesco](#)

- vanta ben 15 eccellenze produttive<sup>41</sup>, quali: il Pecorino Siciliano DOP, il Ragusano DOP, l'olio Monti Iblei DOP, l'olio Sicilia IGP, il vino Sicilia DOP, il vino Eloro DOP, il vino Cerasuolo DOP, il vino Vittoria DOP, il vino Terre Siciliane IGP, la carota Novella di Ispica IGP, il pomodorino di Pachino IGP, l'uva da Tavola di Mazzarrone IGP e il cioccolato di Modica IGP;
- Molto sviluppata è la zootecnia dalle cui vacche si ricava il latte utilizzato industrialmente nelle mozzarelle denominate *fiochi di latte*. Dal latte delle vacche di razza *modicana* viene prodotto il *Ragusano DOP*, formaggio conosciuto ed apprezzato non solo in tutta Italia, ma anche all'estero. Il 60% della produzione lattiero-casearia<sup>42</sup> siciliana viene effettuata a Ragusa;
- fortemente sviluppato è anche il settore avicolo<sup>43</sup> nel territorio dei comuni di Modica e, recentemente, anche di Comiso;
- ottimi i dati delle esportazioni. I settori determinanti dell'export sono: prodotti agricoli; prodotti alimentari; bevande; prodotti chimici; materie plastiche; cemento; materiali lapidei; l'alluminio<sup>44</sup>;
- è la 4° per minor numero di truffe e la 6° per minor numero di fallimenti, a conferma della sua sostanziale legalità nei rapporti economici.

Il comune capoluogo ha ottenuto la certificazione di qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2000 (Sistema di Gestione Qualità la Certificazione) dello Sportello Unico delle Attività Produttive, tra i pochi comuni in Italia e forse l'unico in Sicilia. Inoltre, il comune capoluogo può vantare, tra i non molti comuni in Sicilia, un bilancio in ordine<sup>45</sup>.

---

<sup>41</sup> <https://dopigp.politicheagricole.gov.it/scopri-il-territorio>

<sup>42</sup> [https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR\\_PORTALE/PIR\\_LaStrutturaRegionale/PIR\\_ActivitaProduttive/PIR\\_DipAttivitaProduttive/PIR\\_Areematiche1/PIR\\_ActivitaproduttiveAreeServiziUnitaStaff/PIR\\_Distrettiproduttivi/PIR\\_Distrettiriconosciutinew/PIR\\_DistrettoProduttivoSicilianoLattieroCaseario](https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_ActivitaProduttive/PIR_DipAttivitaProduttive/PIR_Areematiche1/PIR_ActivitaproduttiveAreeServiziUnitaStaff/PIR_Distrettiproduttivi/PIR_Distrettiriconosciutinew/PIR_DistrettoProduttivoSicilianoLattieroCaseario)

<sup>43</sup> [https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR\\_PORTALE/PIR\\_LaStrutturaRegionale/PIR\\_ActivitaProduttive/PIR\\_DipAttivitaProduttive/PIR\\_Areematiche1/PIR\\_ActivitaproduttiveAreeServiziUnitaStaff/PIR\\_Distrettiproduttivi/PIR\\_Distrettiriconosciutinew/PIR\\_DistrettoAvicolo](https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_ActivitaProduttive/PIR_DipAttivitaProduttive/PIR_Areematiche1/PIR_ActivitaproduttiveAreeServiziUnitaStaff/PIR_Distrettiproduttivi/PIR_Distrettiriconosciutinew/PIR_DistrettoAvicolo)

<sup>44</sup> [https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR\\_PORTALE/PIR\\_LaStrutturaRegionale/PIR\\_ActivitaProduttive/PIR\\_DipAttivitaProduttive/PIR\\_Areematiche1/PIR\\_ActivitaproduttiveAreeServiziUnitaStaff/PIR\\_Distrettiproduttivi/PIR\\_Distrettiriconosciutinew/PIR\\_DistrettoAlluminio](https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_ActivitaProduttive/PIR_DipAttivitaProduttive/PIR_Areematiche1/PIR_ActivitaproduttiveAreeServiziUnitaStaff/PIR_Distrettiproduttivi/PIR_Distrettiriconosciutinew/PIR_DistrettoAlluminio)

<sup>45</sup> <https://www.comune.ragusa.it/it/news/approvato-dal-consiglio-comunale-il-rendiconto-di-gestione-2021>

## 2.2 Analisi di contesto interno<sup>46</sup> dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa

L’Azienda Sanitaria Provinciale (Asp) è stata istituita dalla L.R. n. 5/2009 dalla fusione dell’Azienda Ospedaliera “Civile – M.Paternò Arezzo” di Ragusa e dall’A.Usl n. 7 di Ragusa.

*La vision aziendale è quella di sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie con il contesto locale e nazionale, per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di miglioramento continuo dei risultati; sviluppare e valorizzare il capitale umano, il loro impegno nel fornire prestazioni standard e di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.*

*La mission prevede l'esercizio della funzione di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza - (Lea) e consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, al fine di mantenere il più alto livello possibile di qualità della vita dei cittadini, fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del Ssn, pubbliche o private nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza e di riservatezza. In ambito territoriale coincide con il territorio della provincia di Ragusa e ne comprende quindi tutti i comuni.*

I territori dei comuni dell’ex provincia di Ragusa (*Figura 2.2*), ai fini dell’erogazione dei servizi sanitari, sono raggruppati in tre distretti sanitari, cadauno di circa 100.000 abitanti:

- Distretto Sanitario di Ragusa: che comprende i comuni di Ragusa, S. Croce Camerina, Giarratana, Monterosso Almo, Chiaramonte Gulfi;
- Distretto Sanitario di Modica: che comprende i comuni di Modica, Scicli, Pozzallo, Ispica;
- Distretto Sanitario di Vittoria: comprende i comuni di Vittoria, Comiso, Acate.

---

<sup>46</sup> Analisi di contesto interno rilevata dai dati già elaborati dall’Asp di Ragusa e pubblicati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026 adottato con delibera n. 214 del 31/01/2024

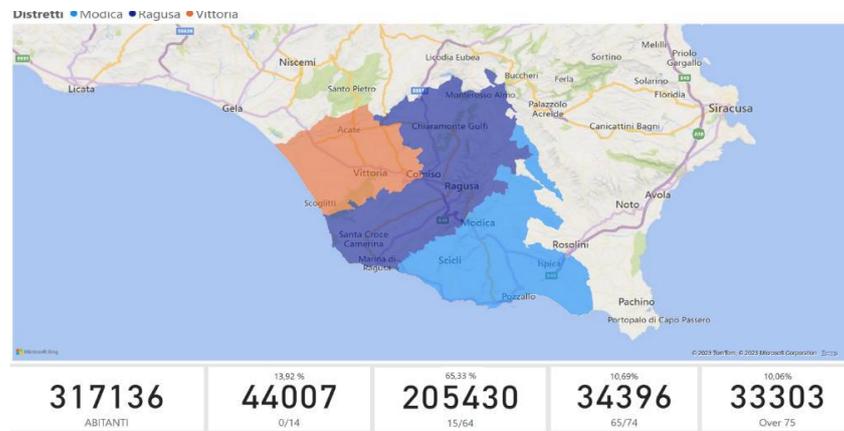
Figura 2.2 – comuni del libero consorzio comunale di Ragusa



I distretti sanitari coincidono, territorialmente, con i distretti socio-sanitari di cui al D.P. Regione Sicilia 04 novembre 2022 e, specificatamente: D43 Vittoria; D44 Ragusa; D45 Modica.

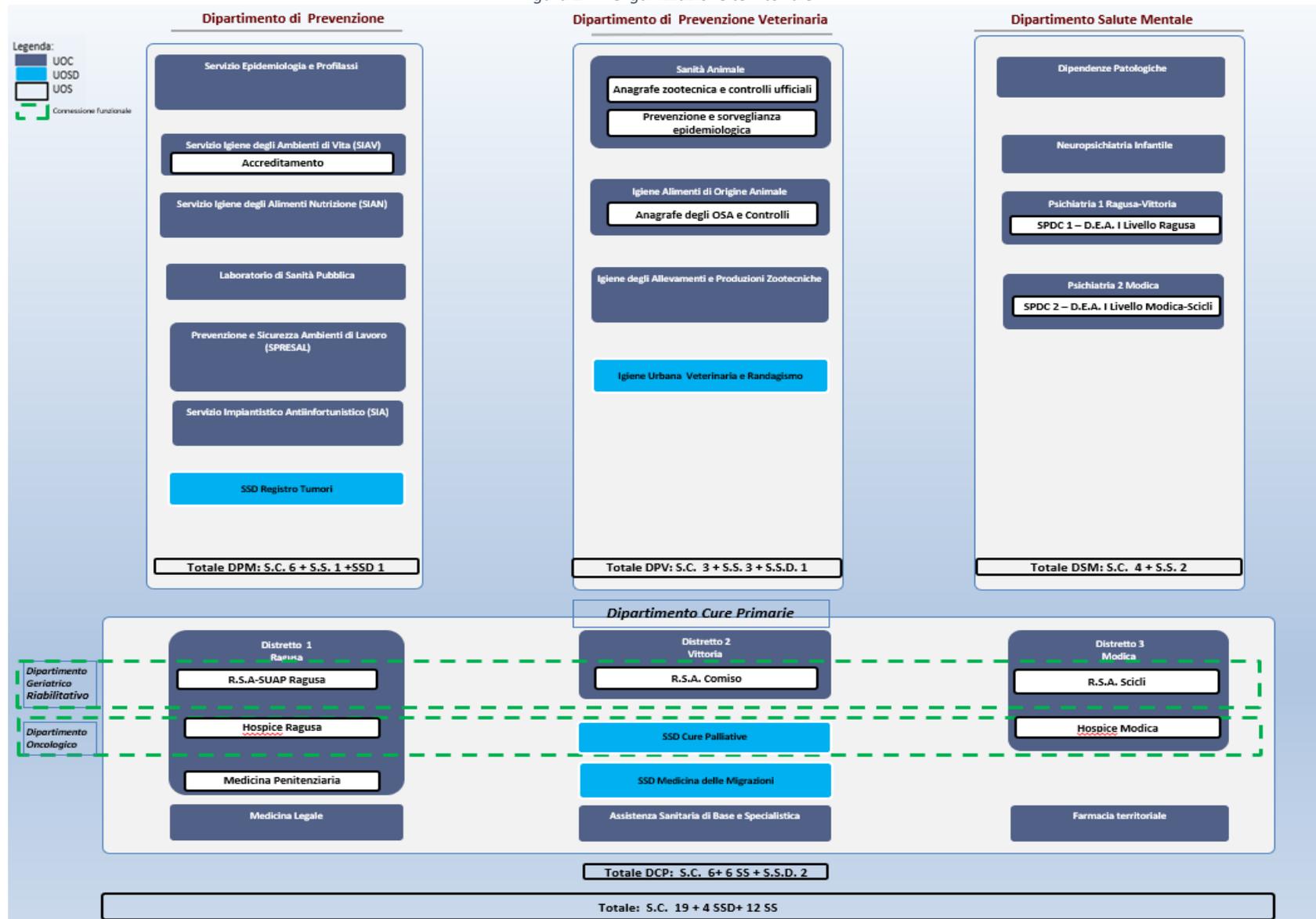
Nella Figura 2.3 è rappresentata l’allocazione geografica dei comuni all’interno dei distretti e i principali valori della popolazione distribuita per fasce di età.

Figura 2.3 – Distretti Sanitari e popolazione per fascia di età



L’assistenza territoriale distrettuale deve garantire alla collettività dei tre distretti sanitari le prestazioni di base ed assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea). L’ASP ha già attivato, così come previsto nel Piano di Riordino, un nuovo e rivoluzionario modello di prestazioni sanitarie sul territorio grazie alla realizzazione dei PTA strutturali e funzionali.

Figura 2.4 - Organizzazione territoriale



Rispetto all'eterogeneità dei servizi territoriali, dai dati di attività e dagli indicatori di efficienza delle strutture/servizi l'ASP evidenzia che l'assistenza territoriale è rivolta maggiormente agli anziani e ai pazienti cronici, considerata l'incidenza di questa fetta di popolazione e del relativo consumo di risorse: residenze sanitarie assistenziali (RSA); hospice e assistenza domiciliare integrata. La struttura organizzativa dell'area territoriale è ben rappresentata nella *Figura 2.4*.

In termini di efficacia della presa in carico, per la popolazione anziana si registra, nell'anno 2023, una riduzione della prevalenza del ricovero (indicatore: pazienti ricoverati/pazienti assistibili) per entrambe fasce di età (65-74 anni e over 75 anni) a cui corrisponde, sempre nel 2023, un aumento del numero delle prestazioni ambulatoriali specialistiche (indicatore: utilizzatori prestazioni ambulatoriali/assistibili) e un incremento del trattamento terapeutico (utilizzatori farmaceutica territoriale convenzionata/assistibili).

Inoltre, l'Asp di Ragusa, in riferimento agli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e, in particolare, all'obiettivo *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*, ha avviato una serie di attività propedeutiche per l'attivazione delle strutture previste dalla Missione 6 *Salute* - componente 1, nello specifico:

- Case della comunità;
- Centrali operative territoriali (COT);
- Ospedali di comunità.

La programmazione regionale<sup>47</sup> ha previsto, per il bacino dell'Asp di Ragusa, questo assetto:

- 3 Ospedali di comunità (Comiso → presso l'ospedale Regina Margherita, Ragusa → presso l'ospedale M.Paternò Arezzo e Scicli → presso l'ospedale Busacca) Ogni nuovo ospedale di comunità avrà 40 posti letto;
- 9 Case della comunità (Acate, Chiaramonte Gulfi, Modica, Monterosso Almo, Giarratana, Ispica, Pozzallo, Santa Croce Camerina e Vittoria);
- 3 Centrali Operative Territoriali.

L'azienda, previa l'analisi degli indici demografici e dei fabbisogni sanitari ospedalieri e territoriali sviluppati per singolo distretto e singolo comune, ha deciso, pertanto, di dotare tutti i 12 comuni che insistono nel bacino di utenza delle nuove strutture previste dal Pnrr. Sette delle

---

<sup>47</sup> Nota prot. 55047 del 16 dicembre 2021

nove case della comunità saranno allocate presso 7 poliambulatori già esistenti e funzionanti sui quali verranno effettuati degli interventi di ristrutturazione e ampliamento al fine di rendere coerenti queste strutture con gli standard strutturali previsti nel DM 77/2022. Inoltre, sono state individuate due nuove strutture presso i comuni di Modica e di Pozzallo in quanto i poliambulatori già esistenti non potranno essere adeguati ai nuovi requisiti previsti nel DM 77/2022. I comuni ove saranno realizzate le nuove strutture che ospiteranno le nuove Case di comunità sono i comuni di Modica e di Pozzallo.

In particolare, presso il comune di Modica la sede della casa di comunità sarà allocata presso la ex scuola media Giovanni XXIII, mentre nel comune di Pozzallo è stato individuato un terreno dove sono stati già avviati i lavori per la costruzione della nuova casa di comunità già finanziata con fondi ministeriali.

Per quanto riguarda la macro-organizzazione ospedaliera, in conformità al D.A. n. 22/2019 *Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70*, l'azienda comprende tre aggregati ospedalieri:

- Il D.E.A. di I livello degli ospedali di Ragusa, comprendente il P.O. *Giovanni Paolo II* e il P.O. *Maria Paternò Arezzo* di Ragusa;
- Il D.E.A. di I livello degli ospedali di Modica - Scicli, comprendente il P.O. *Maggiore-Nino Baglieri* di Modica ed il P.O. *Busacca* di Scicli;
- Il D.E.A. di I livello degli ospedali di Vittoria - Comiso, comprendente il P.O. *R. Guzzardi* di Vittoria e il P.O. *Regina Margherita* di Comiso.

La macro-organizzazione ospedaliera è ben rappresentata nella *Figura 2.5*, debitamente pubblicata nella sezione *amministrazione trasparente* dell'azienda sanitaria.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> [https://app1.websanità.it/MENU/trasparenza1.asp?ID\\_Serv=1000&sezione=9006&sottosezione=10900612](https://app1.websanità.it/MENU/trasparenza1.asp?ID_Serv=1000&sezione=9006&sottosezione=10900612)

Figura 2.5 – Macro-organizzazione ospedaliera

Legenda:		DEA I livello Ragusa	DEA I livello Vittoria - Comiso	DEA I livello Modica - Scicli
	UOC UOSD UOS			
		GX 21 - Direzione Sanitaria /di presidio Ragusa GX 21- Direzione Sanitaria /di presidio -OMPA	GX 21 - Direzione Sanitaria/di presidio Vittoria GX 21 - Direzione Sanitaria/di presidio -Comiso	GX 21 - Direzione Sanitaria/di presidio Modica GX 21 – Direzione Sanitaria/di presidio -Scicli
DIP. di MEDICINA		Cod. 26- Medicina Generale Ragusa Cod. 26 – SSD Diabetologia DT 58 - SSD Gastroenterologia Cod. 29 Nefrologia Ragusa Cod. 24 SSD- Malattie infettive ad indirizzo chirurgia settica Cod. 26 -Medicina Generale - Vittoria Cod. 26 - Medicina Generale - Comiso – indirizzo epatologico	Cod. 26 -Medicina Generale - Vittoria Cod. 26 - Medicina Generale - Comiso – indirizzo epatologico	Cod. 26 -Medicina Generale Modica DT 68 - Pneumologia Cod. 26 - Medicina Generale Scicli Cod. 71 - Reumatologia Cod. 29 Nefrologia Modica Cod. 24 - Malattie Infettive e Tropicali
DIP. Oncologico		Cod. 64 Oncologia DT 70 - Radioterapia Cod. DT61 – SSD Medicina Nucleare DT 03 - Anatomia ed istologia patologica Cod. 09 – SSD Chirurgia senologica DT69 – Screening Mammografico e diagnostica senologica	DT 03 - Anatomia ed istologia patologica Vittoria	DT 03 - Anatomia ed istologia patologica Modica
DIP. Cardio-Neuro-Vascolare		Cod. 50 – Unità Coronarica Ragusa Cod. 08 – Cardiologia DT A2 - Emodinamica Cod. 32 – Neurologia/Stroke Unit Ragusa	Cod. 32 - Neurologia Vittoria Cod. 32 – Neurologia/Stroke Unit Vittoria Cod. 08 - Cardiologia Vittoria Cod. 50 – Unità Coronarica Vittoria Cod. 14 – SSD Chirurgia Vascolare	Cod. 32 – Neurologia Modica Cod. 08 - Cardiologia Modica Cod. 50 – Unità Coronarica Modica
DIP. MATERNO-INFANTILE		Cod. 39 - Pediatria Ragusa Cod. 37 -Ostetricia e Ginecologia Ragusa Cod. 62 Neonatologia Cod. 73 Terapia Intensiva Neonatale SSD Coordinamento Consultori	Cod. 39 - Pediatria Vittoria Cod. 37 - Ostetricia e Ginecologia Vittoria	Cod. 39 – SSD Pediatria Modica Cod. 37 - Ostetricia e Ginecologia Modica
DEA		Cod. 51 - Astanteria Ragusa Cod. 49 - Terapia Intensiva Ragusa Cod. 82 - Terapia del dolore Ragusa	Cod. 51 - Astanteria Vittoria Cod. 49 - Terapia Intensiva Vittoria Cod. 82 - Terapia del dolore Vittoria SX 01 – Servizio di Anestesia-terapia del dolore Comiso	DT A6 - Pronto Soccorso Modica Cod. 49 - Terapia Intensiva Modica SX 01 – Servizio di Anestesia-terapia del dolore
DIP. di CHIRURGIA		Cod. 09 - Chirurgia Generale Ragusa Cod. 36 - Ortopedia e traumatologia Cod. 38 - Otorinolaringoiatria Cod. 43 – Urologia Ragusa Cod. 34 – Oculistica Ragusa	Cod. 09 - Chirurgia Generale Vittoria Cod. 34 – Oculistica Vittoria Cod. 36 - Ortopedia e traumatologia Vittoria Cod. 43 – Urologia low care Comiso Cod. 09 - SSD Chirurgia Generale Comiso	Cod. 34 – SSD Oculistica Modica Cod. 38 - Otorinolaringoiatria Cod. 43 - SSD Chirurgia Endo-Urologica Mininvasiva Modica Cod. 09 - Chirurgia Generale Modica Cod. 09 - Chirurgia Generale Scicli Cod. 36 - SSD Ortopedia e traumatologia Modica
DIP. dei SERVIZI		DT69 – Radiologia Ragusa DT69 – Diagnostica urgenza DTA1 - Centro Trasfusionale DTA3 - Laboratorio di Analisi Ragusa SX 11 – Servizio di Farmacia DTA1 – SSD Talassemia Cod. 18 – SSD Ematologia SX 04 – Servizio di Fisica Sanitaria	DT69 - Radiologia Vittoria DTA3 - Laboratorio di Analisi Vittoria DTA1 - Centro Trasfusionale Vittoria	DTA3 - Laboratorio di Analisi Modica DT69 – Radiologia Modica DTA1 - Centro Trasfusionale Modica
DIP. Geriatrico Riabilitativo		Cod. 56 – SSD Recupero e riabilitazione funzionale Ragusa Cod. 21 - Geriatria Ragusa	Cod. 56 -Recupero e Riabilitazione funzionale Comiso Cod. 60 - Lungodegenza Comiso Cod. 21 - Geriatria Comiso	Cod. 56 - Recupero e Riabilitazione funzionale Scicli Cod. 60 - Lungodegenza Scicli Cod. 21 - Geriatria Modica
		Totale : S.C. 20 + S.S.D. 11 + S.S. 10	Totale: S.C. 13 + SSD 2 + S.S. 12	Totale: S.C. 11 + S.S.D. 4 + S.S 14
<b>TOTALE complessivo ospedali: S.C. 44 + S.S.D. 17 + SS. 36</b>				

Quanto ai dati di ricovero, i tassi di ospedalizzazione, la mobilità passiva e attiva, occorre guardare al PIAO 2024-2026 dell'Asp. Il documento, evidenzia i seguenti dati:

- Nel 2022 alla popolazione sono stati erogati complessivamente circa 31.000 ricoveri che, sulla base della popolazione residente pari a 317.136 abitanti (Fonte: Istat 2023), hanno generato un tasso di ospedalizzazione di 98 per 1.000 abitanti, in linea con le indicazioni ministeriali;
- Il predetto valore medio del tasso di ospedalizzazione dell'ASP di Ragusa è abbastanza allineato nei tre distretti sanitari;
- Il 79% dei ricoveri è stato complessivamente erogato presso le strutture pubbliche e private che insistono nel bacino dell'ASP di Ragusa, mentre il 13% è stato erogato in altre province della Regione (mobilità passiva intraregionale) e circa l'8% fuori regione (mobilità passiva extraregionale);
- Per singolo distretto sanitario, le analisi hanno rilevato che per il distretto di Modica si ha la maggior quantità di mobilità passiva intra ed extra regionale, mentre la popolazione del distretto di Vittoria è quella che accede con maggiore frequenza alle strutture pubbliche e private ubicate nel territorio di competenza dell'ASP di Ragusa.

Infine, i dati consolidati del periodo 2019/2022 evidenziano che:

- la mobilità passiva totale dell'ASP si è ridotta di 9mln (-19%) e di circa 1.900 casi (-19%);
- la mobilità attiva totale dell'ASP è aumentata di 3mln (+26%) e di circa 130 casi (+3%);
- il saldo di mobilità (attiva-passiva) si è ridotto di circa 12mln€ passando da -35mln€ a -23mln€ e di circa 2.000 casi passando da -5.700 casi a -3.700 casi. Di conseguenza l'azienda sanitaria di Ragusa, nel periodo 2019-2022 ha recuperato risorse per poco più di 12 milioni di Euro.

Il valore della produzione dell'ASP di Ragusa, degli ultimi due esercizi che presentano i bilanci già approvati (2021 e 2022) è di oltre 600 milioni di euro l'anno.

Per l'eventuale dettaglio sull'analisi di contesto interno e sui relativi microdati, si rimanda al PIAO 2024-2026 dell'ASP.

A fianco dell'Asp operano, nel territorio dell'ex provincia di Ragusa, decine e decine di centri sanitari privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie per conto del Ssn e, pertanto, concorrono a garantire il rispetto dei Lea. L'ASP di Ragusa ha tessuto solidi rapporti istituzionali tra enti del comparto sanità che hanno permesso la sottoscrizione di alcuni accordi contrattuali convenzionali con alcune aziende sanitarie della regione Sicilia e con importanti centri privati accreditati, nonché con istituzioni/enti operanti nel terzo settore. Le predette convenzioni hanno come finalità il governo della domanda di salute per alcune prestazioni che vengono erogate in mobilità passiva, quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: prestazioni di radiologia interventistica, prestazioni di medicina nucleare, prestazioni di chirurgia bariatrica, prestazioni di chirurgia senologica, prestazioni di neurochirurgia, etc.

La più importante, tra le strutture sanitarie private accreditate operante all'interno del territorio dell'ex provincia regionale di Ragusa, è sicuramente la Clinica del Mediterraneo. Trattasi di una casa di cura multi specialistica accreditata con il Ssn e all'avanguardia. Essa, organizzativamente, è articolata in un raggruppamento medico (riabilitazione neurologica e neuromotoria, riabilitazione cardiologica e vascolare, cardiologia e neurologia) e un raggruppamento chirurgico (chirurgia generale, chirurgia maxillo facciale, chirurgia vascolare, ortopedia e urologia), per un totale di 100 posti letto accreditati con il Ssn, più 2 posti in regime libera professione. La clinica è inoltre dotata di day service polispecialistici (oculistica, otorinolaringoiatria, ginecologia e chirurgia plastica) e ambulatoriali specialistici ad uso dei pazienti ricoverati e dei pazienti esterni (anestesia e rianimazione, diagnostica per immagine, cardiologia, patologia clinica, procreazione medicalmente assistita, fisiokinesiterapia ed endoscopia).

Il valore della produzione della clinica, per gli anni 2021 e 2022, è di quasi 15 milioni di euro ad esercizio. L'organizzazione della Clinica e il valore della produzione ci indicano che la struttura rappresenta, all'interno del territorio di riferimento, un'imprescindibile realtà che concorre in maniera rilevante a soddisfare, unitamente alla struttura pubblica, la domanda di salute della cittadinanza.

### 2.3 Analisi quali-quantitativa del personale amministrativo dell'Asp di Ragusa

L'analisi del contesto socio-economico dell'ex provincia regionale di Ragusa e la successiva analisi del contesto interno dell'Asp di Ragusa, hanno messo in rilievo, rispettivamente, il tessuto socio-economico entro il quale opera l'azienda sanitaria, nonché le principali caratteristiche organizzative dell'Ente e, seppur succintamente e con dati macroaggregati, i livelli quantitativi di prestazioni erogate dall'Azienda nonché i dati di mobilità interaziendale, regionale ed extraregionale.

In riferimento alla proposta progettuale di cui al presente lavoro è però fondamentale ed imprescindibile effettuare una disamina relativa alle competenze del personale amministrativo in servizio presso l'azienda sanitaria. Difatti, trattandosi di una proposta progettuale afferente all'area tematica della *capacity building*, non appare superfluo ricordare che il buon funzionamento di qualunque ufficio amministrativo, come lo è il *Grant Office Sirs*, dipendente, in buona parte, ma non solo, dalla qualità e dalle competenze che le risorse umane in dotazione sono in grado di esprimere.

Appare altresì opportuno ricordare che, tra tutti gli operatori economici, pubblici e privati, insediati all'interno del territorio dell'ex provincia regionale di Ragusa, l'Asp rappresenta, sicuramente, uno dei principali attori per lo sviluppo economico locale. L'Azienda sanitaria è un grosso volano per l'economia del territorio. Infatti, dal rendiconto 2021<sup>49</sup> si rileva un valore della produzione di oltre 605 milioni di euro. Se consideriamo il moltiplicatore espresso dal rapporto Censis di ottobre/2023, dell'1,84 otteniamo un valore economico complessivo di oltre 1.100 milioni di euro i cui benefici ricadono, per gran parte, nel territorio di riferimento.

Come affermato dall'Assessorato della Salute, *in un contesto in cui i tagli di spesa sono oramai gravosi, l'accesso a fonti esterne può consentire non soltanto di realizzare all'interno delle Aziende sanitarie iniziative e/o azioni che non sarebbe possibile finanziare con risorse ordinarie...*, è fondamentale che le aziende Sanitarie si dotino del *Grant Office Sirs*.

All'Asp di Ragusa, come nella totalità delle aziende sanitarie regionali, il Sirs è stato istituito ma si ha la sensazione che l'istituzione sia stata, almeno a Ragusa, un mero adempimento formale in risposta a cogenti disposizioni normative. Il Sirs dell'Asp di Ragusa, difatti, è quasi completamente depauperato di personale. È fondamentale, quindi, capire la

---

<sup>49</sup> [https://app1.websanity.it/MENU/trasparenza1.asp?ID\\_Serv=1000&sezione=9036&sottosezione=10903603](https://app1.websanity.it/MENU/trasparenza1.asp?ID_Serv=1000&sezione=9036&sottosezione=10903603)

sussistenza di eventuali criticità/motivazioni che hanno impedito al management aziendale di strutturare un *Grant Office* efficiente, con personale qualificato e competente in materia di progettazione e rendicontazione europea.

In particolare, al Sirs dell'Asp di Ragusa attualmente è assegnata una sola unità di personale, sicuramente competente e ben formata nella materia, ma assolutamente insufficiente per la mole di lavoro che potenzialmente è chiamata a svolgere. Fra l'altro, il funzionario ha un contratto di lavoro flessibile (*art. 15 octies del D.Lgs. 502/1992*) la cui scadenza è prossima: 31/07/2024. Diversi progetti sono stati presentati ed hanno ottenuto i relativi finanziamenti. Molto di più si sarebbe potuto fare e si potrebbe fare se l'ufficio fosse stato strutturato con personale sufficiente, sia quantitativamente che qualitativamente.

La poca attenzione che l'ASP ha dato al Sirs può ritenersi in parte giustificata da una contingenza che oramai travolge sistematicamente tutti gli uffici dell'azienda sanitaria. L'attività della struttura amministrativa dell'Asp si è ridotta nel dare risposte amministrative che dovrebbero essere ordinarie ma che, di fatto, si sono trasformate in una gestione emergenziale dell'ordinario (reclutamento di personale, approvvigionamenti, interventi di assistenza tecnica, etc.). L'attenzione a uffici strategici, come il Sirs, è, pertanto, distratta dalla gestione emergenziale dell'ordinario.

Dall'analisi dei dati qualitativi e quantitativi del personale amministrativo in dotazione all'Azienda si rilevano gravi criticità. Su 3.836<sup>50</sup> dipendenti, il personale amministrativo ammonta a ben 343 unità, senza considerare il personale del ruolo tecnico e professionale. All'apparenza sembrerebbe un buon dato ma, in realtà, il personale amministrativo in servizio ha caratteristiche tali da evidenziare diverse criticità: l'età media è elevata, la scolarizzazione prevalente è di primo grado; la dotazione organica è appiattita verso i profili bassi; la distribuzione tra gli uffici del personale amministrativo non è equa e non è legata agli effettivi carichi di lavoro.

---

<sup>50</sup> Dati rilevati a ottobre/2023

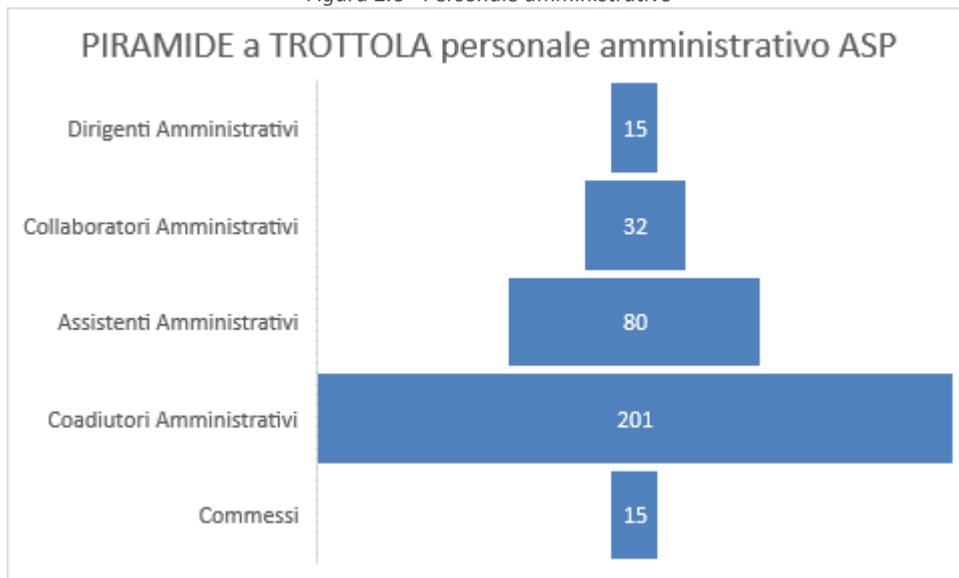
Il personale amministrativo attualmente in servizio, è inquadrato nei seguenti profili professionali:

- Commessi: 15 unità con contratto di lavoro a tempo indeterminato;
- Coadiutore amministrativi: 201 unità con contratto di lavoro a tempo indeterminato. L'età media è di circa 55 anni. Trattasi, per la maggior parte di dipendenti provenienti dal bacino degli LSU, ASU, PUC, ex art. 23, stabilizzati dopo diversi decenni di precariato. Alcuni soggetti sono molto validi, ma la media evidenzia capacità amministrative limitate;
- Assistenti amministrativi: 80 unità con contratto di lavoro a tempo indeterminato. L'età media degli assistenti è di circa 58 anni. Come i coadiutori, anche per gli assistenti, la maggior parte del personale proviene dal bacino degli LSU, ASU, PUC, oggetto di procedure di stabilizzazione ai sensi e per gli effetti della c.d. legge *Madia*.
- Collaboratori amministrativi: 32 unità di cui 11 con contratto a termine e 21 con contratto di lavoro a tempo indeterminato. L'età media per questo profilo professionale è leggermente più bassa, 53 anni. In tutti i casi un numero assolutamente insufficiente di collaboratori amministrativi rispetto al numero dei coadiutori e degli assistenti;
- Dirigenti amministrativi: 15 unità di cui 2 con contratto a termine e 13 con contratto di lavoro a tempo indeterminato. Età media 53 anni.

Quindi, una dotazione organica di personale amministrativo quantitativamente rilevante ma appiattita nei profili a “bassa” professionalità. Circa i 2/3 del personale amministrativo è costituito da personale di supporto (commessi e coadiutori), gli assistenti sono 80, un buon numero, ma, nella media, senza competenze amministrative specialistiche. Si rileva, infine, una grave carenza di collaboratori amministrativi, personale laureato e “teoricamente” qualificato. Fra l'altro, il *collaboratore amministrativo* è l'unico profilo professionale a cui può essere affidato il ruolo di *responsabile del procedimento*.

La rappresentazione sinottica (*Figura 2.6*) della dotazione organica del personale amministrativo ci mostra chiaramente le criticità sopra riportate.

Figura 2.6 - Personale amministrativo



Un'altra grave criticità sta nel fatto che, esclusi i dirigenti amministrativi e i collaboratori amministrativi che sono quasi integralmente assegnati agli uffici strategici ove si svolgono le funzioni amministrative tipiche dell'Azienda, per il restante personale, ben 296 unità, l'allocazione vede uno sbilanciamento verso il distretto di Modica con ben 114 unità; nel distretto di Ragusa sono allocate 143 unità, ma il dato è assolutamente sbilanciato poiché a Ragusa sono allocate tutte le direzioni amministrative (Risorse Umane, Provveditorato ed Economato, Servizio Tecnico, Economico-Patrimoniale, Controllo di Gestione, Affari Generali, Servizio Legale, Facility Management e tutti gli uffici di Staff; praticamente il lavoro amministrativo si svolge tutto a Ragusa), 39 unità sono assegnate al distretto di Vittoria.

Analizzando i dati di Modica e di Vittoria, due distretti simili per non dire uguali, s'intuisce immediatamente l'eccessivo sbilanciamento verso il distretto modicano e ciò a causa di dinamiche politiche che nessuna Direzione Strategia negli ultimi 15 anni è mai riuscita a correggere.

Fra l'altro, nessun decentramento di servizi verso il distretto modicano è stato mai messo in atto, fermo restando che non avrebbe nessun senso decentrare funzioni o servizi amministrativi in un'azienda delle dimensioni come quella iblea. Oltretutto, per attuare un decentramento di servizi amministrativi occorrerebbe mobilitare ulteriori unità di personale (funzionari) verso il distretto di Modica, e ciò in quanto il personale attualmente assegnato al predetto distretto ricopre profili prettamente esecutivi. Bisogna, inoltre sottolineare che il

decentramento, quelle poche volte in cui si è provato ad attuarlo, ha creato sempre ulteriori disagi in termini di raccordo tra direzione strategica e uffici e tra gli uffici stessi. L'optimum sarebbe, di contro, riuscire a riunire tutti i servizi amministrativi in un unico stabile, possibilmente a stretto contatto con il management aziendale.

Evidenziate le criticità dell'attuale struttura organizzativa amministrativa dell'Asp, appare tuttavia onesto rilevare che, recentemente, la direzione aziendale, nella consapevolezza dell'oggettiva impossibilità a gestire le svariate e complesse funzioni amministrative con le risorse umane in dotazione, ha implementato in dotazione organica i posti dei collaboratori amministrativi. Si prevede che la copertura dei nuovi posti, relativamente alle procedure di stabilizzazione del personale precario e di verticalizzazioni del personale interno in possesso dei titoli di accesso e di merito, avverrà entro il corrente anno, mentre, per quanto riguarda i posti da coprire mediante procedura selettiva esterna, l'iter dovrebbe essere avviato il prossimo 2025.

### **III. L'IDEA PROGETTUALE**

#### **3.1 Titolo del Progetto - Acronimo**

Efficientamento del Grant Office *Servizio di Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria (Sirs)* dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.

Acronimo: NewSirs2024AspRG

#### **3.2 Presentazione del soggetto proponente e del partenariato**

Il soggetto proponente è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (Asp).

Il partenariato prevede la collaborazione dei seguenti Enti/Aziende:

- l'Azienda UsI-IRCCS di Reggio Emilia, con la quale sarà sottoscritto un accordo di gemellaggio e/o cooperazione al fine di importare e replicare il modello virtuoso di buon funzionamento dell'ufficio internazionalizzazione e supporto alla ricerca sanitaria. La scelta di proporre un partenariato con l'azienda sanitaria emiliano discende dalla consapevolezza che il *Grant Office* della predetta Azienda rappresenta in Emilia Romagna una best practice consolidata.

Non è esclusa, in una eventuale successiva fase d'implementazione della presente proposta progettuale, la sottoscrizione di accordi di cooperazione transfrontaliera anche con aziende sanitarie di Paesi dell'U.E. che hanno sperimentato modelli organizzativi efficienti;

- L'Azienda Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, già individuata dallo stesso Assessorato della Salute come buona pratica regionale in materia di ricerca sanitaria;
- La clinica privata *Clinica del Mediterraneo* con la quale sarà sottoscritto accordo di partenariato finalizzato a stimolare la progettazione in materia di internazionalizzazione e ricerca sanitaria. L'accordo di partenariato pubblico-privato (PPP) introdurrà un importante grado di flessibilità nel Grant Office, limitando il rischio del *de-commitment* della struttura pubblica non in grado d'intercettare i fondi europei. L'introduzione nel processo di una struttura privata con rilevante interesse economico, introdurrà un perimetro contrattuale

flessibile in grado di catturare le risorse scaturenti dai bandi nazionali ed europei e, nel contempo, superare la classica dicotomia pubblico-privato<sup>51</sup>. Il PPP potrebbe rappresentare, fra l'altro una soluzione per la sanità pubblica non più in grado di soddisfare le richieste di salute della popolazione, le file interminabili nei pronto soccorso, le liste di attesa infinite per ottenere delle prestazioni di radiodiagnostica.

- l'Università degli Studi di Catania con la quale sarà sottoscritta un'apposita convenzione per le attività di formazione specialistica, del personale dell'Asp che sarà assegnato al Grant Office, in materia di progettazione e rendicontazione.
- Un operatore economico specializzato in progettazione e rendicontazione con il quale sarà sottoscritta una convenzione di consulenza per supportare il Grant Office, per un periodo di tempo limitato e nelle more che il personale da formare acquisisca una sufficiente autonomia amministrativa/gestionale.

### 3.3 Sintesi del progetto

Con riferimento all'area di policy del presente lavoro e richiamata la premessa secondo la quale l'efficientamento della pubblica è una condizione indispensabile e necessaria, senza la quale è assolutamente inutile parlare di sviluppo locale, risulta urgente e improcrastinabile strutturare il Grant Office Sirs dell'Asp di Ragusa con un adeguato numero di personale dotato delle necessarie competenze in materia di progettazione europea, di rendicontazione, di analisi dei contesti (domanda e offerta ospedaliera, analisi dei fabbisogni, riprogettazione dei percorsi clinici, etc.), che sia in grado di supportare i ricercatori nelle attività di stesura, implementazione e rendicontazione di progetti non solo nazionali ed europei ma anche, perché no, con i paesi in via di sviluppo per aiutare le aree più svantaggiate del pianeta a vivere meglio. Il Grant Office dovrà sostenere e promuovere trasversalmente tutti gli aspetti dell'innovazione, dalla digitalizzazione alla interconnessione con altri uffici strategici, quali l'ufficio formazione, il servizio economico-patrimoniale e il controllo di gestione.

La *formula strategica* per il miglioramento della qualità e della capacità del Grant Office Sirs si baserà sulla qualificazione delle risorse umane, la qualificazione dell'organizzazione, il

---

<sup>51</sup> [Un nuovo approccio al partenariato pubblico-privato per la gestione strategica degli investimenti in sanità | Sanità24 - Il Sole 24 Ore](#)

rafforzamento delle relazioni interistituzionali e il superamento della tradizionale dicotomia pubblico-privato.

Per efficientare e reingegnerizzare l'ufficio si agirà trasversalmente su diversi aspetti e le relative azioni saranno poste in essere contemporaneamente. Il rafforzamento della capacità amministrativa dovrà essere fondato sulla una cultura del miglioramento continuo con logiche di confronto/benchmarking.

Innanzitutto, prioritariamente, nelle more che venga attivata la procedura per il reclutamento di nuove professionalità, sarà disposta la proroga della scadenza del contratto di lavoro dell'unico funzionario in servizio presso il Sirs. Questa è la prima urgenza da soddisfare per evitare di perdere ulteriori know-how e garantire un minimo di continuità gestionale all'interno dell'ufficio.

A livello organizzativo, sarà rivisto il regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs approvato con delibera n. 2641/2017. Nel nuovo regolamento andranno meglio specificate le attività di competenza dell'Ufficio e andranno meglio dettagliati i profili professionali che faranno parte dell'ufficio. Infatti, nel regolamento attualmente vigente sono state previste due unità di personale, non meglio specificate. Una previsione minima nei numeri e troppo generica. Non viene, infatti, specificato il profilo professionale delle risorse umane da assegnare all'ufficio. Tale generica previsione, seppur garantisce una certa flessibilità (troppa), dall'altro costituisce una grave criticità a causa dell'eccessiva discrezionalità del decisore del momento. La nuova organizzazione dovrà invece garantire la presenza di personale con imprescindibili competenze per assicurare la funzionalità di un ufficio per il quale si propone la seguente strutturazione:

- un ufficio progetti comunitari;
- un ufficio progetti con paesi in via di sviluppo;
- un ufficio ricerca sanitaria e sperimentazioni;
- un ufficio budget e rendicontazione;
- un ufficio per i progetti per la transizione digitale;
- una segreteria.

Di conseguenza, accanto ai componenti scientifici dell'ufficio Sirs, a suo tempo individuati con delibera n. 7/2016 (che poi non sono altro che i dirigenti medici direttori dei

dipartimenti ospedalieri e territoriali) e ai ricercatori della “Clinica del Mediterraneo” coinvolta nel progetto grazie all’accordo di PPP che sarà sottoscritto, bisognerà garantire un’organizzazione minima e strutturata: un dirigente amministrativo, 4 unità di personale amministrativo (n. 2 collaboratori e n. 2 assistenti amministrativi) e n. 1 assistente tecnico informatico. Tutto il personale dovrà avere un’ottima conoscenza della lingua inglese oltre che essere in possesso delle competenze già esplicitate (progettazione europea, rendicontazione, analisi dei contesti, etc.).

L’ufficio, allocato organizzativamente nello Staff della Direzione Strategica, dovrà lavorare in interconnessione con l’ufficio formazione, i referenti scientifici, il servizio economico-patrimoniale e il controllo di gestione.

Il personale da assegnare all’ufficio sarà reclutato tramite avviso di mobilità interna. La selezione si baserà sulla valutazione delle competenze possedute, anche linguistiche. L’incentivo a partecipare all’avviso di mobilità sarà rappresentato dall’opportunità, per il personale selezionato, di essere avviato a corsi/master di formazione/professionalizzanti nella materia, e ciò grazie ad apposita convenzione che sarà sottoscritta con l’Università degli Studi di Catania, i cui costi saranno interamente a carico dall’Asp. La partecipazione alla formazione sarà anche stimolata dalla previsione del rimborso delle spese di viaggio, vitto ed eventuale alloggio per raggiungere le sedi di formazione. Per stimolare la mobilità del personale verso il Sirs, e previa contrattazione decentrata, sarà anche previsto un apposito accantonamento dai fondi contrattuali finalizzato a incrementare la quota di produttività collettiva destinata al personale assegnato al Sirs. Un ulteriore stimolo a partecipare all’avviso di mobilità, sarà rappresentato dalla prospettiva di sviluppo delle carriere a seguito della qualificata formazione che riceveranno i soggetti coinvolti. La formazione punterà anche a rafforzare le competenze linguistiche attraverso la formazione universitaria e la contestuale partecipazione alle *call* di Erasmus+.

Parallelamente, saranno sottoscritte due convenzioni di collaborazione con l’Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia e l’Azienda Policlinico Paolo Giaccone di Palermo. Tali convenzioni consentiranno all’Asp di Ragusa di confrontarsi con Aziende che hanno adottato un modello organizzativo virtuoso nell’ufficio politiche europee. Particolarmente performante sarà la contaminazione con l’Azienda sanitaria emiliana, azienda che ha dato ottimi risultati in materia di politiche europee e progetti approvati (cfr. elenco dei progetti approvati dal Grant

Office Salute di Reggio Emilia). Le convenzioni, oltre a rappresentare un'ottima opportunità di trasferimento e valorizzazione di buone pratiche e competenze, favoriranno la creazione di network transregionali e, in una fase successiva d'ampliamento del progetto, non è esclusa la sottoscrizione di accordi di partenariato con Aziende Sanitarie estere che consentiranno di promuovere lo scambio di esperienze transfrontaliere.

Poiché i tempi per il reclutamento del personale e la relativa formazione non saranno brevissimi, al fine di non perdere le opportunità offerte dai bandi in corso di pubblicazione, l'Ufficio Sirs sarà assistito, previa sottoscrizione di apposita convenzione, anche da un operatore economico specializzato nella materia della progettazione e della rendicontazione di progetti nazionali e esteri che possa supportare, per un periodo di tempo limitato, il Grant Office nella molteplicità delle attività richieste in questo particolare periodo storico e, quindi, non correre il rischio di perdere opportunità di finanziamenti non ripetibili nel tempo.

La parte più innovativa del progetto si realizzerà con la sottoscrizione di un accordo di PPP con la clinica privata *Clinica del Mediterraneo*. Il predetto accordo, consentirà all'azienda pubblica di ricevere un forte stimolo in termini di capacità grazie alla incontestabile maggiore efficienza produttiva del settore privato. L'accordo di PPP permetterà all'azienda di presentarsi alle call con un approccio diverso, aperto e innovativo. Pubblico e privato insieme per la risoluzione dei problemi atavici della sanità pubblica nel solo interesse degli utenti. Nel modello teorico del sistema che s'intende disegnare con la presente proposta progettuale, al centro sta il cittadino. L'accordo di PPP, inoltre, permetterà di accelerare i tempi della progettazione, della partecipazione alle call e della rendicontazione, e ciò grazie all'interesse privatistico d'incassare prima possibile i ricavi delle attività. Quindi, un forte incentivo a realizzare gli investimenti in maniera più celere possibile rispetto a quanto avviene negli apparati pubblici tradizionali.

Le tre azioni (qualificazione dell'organizzazione, qualificazione delle competenze del personale e rafforzamento delle relazioni interistituzionali) miglioreranno sostanzialmente l'empowerment del Grant Office Sirs che, alla fine, sarà in grado di cogliere efficientemente le occasioni offerte dai bandi nazionali e internazionali, quindi reperire risorse economiche, effettuare investimenti, favorire il reclutamento di competenze tecniche, migliorare i servizi sanitari, soprattutto quelli territoriali, dando, quindi, un importantissimo apporto allo sviluppo economico del territorio (cfr. rapporto FNOMCeO-CENSIS già citato).

Trasversalmente alle tre azioni principali, sarà avviata anche un'ulteriore azione di comunicazione continua volta a erudire, sia il personale interno che l'intera collettività, sull'importanza strategica degli obiettivi che si vogliono realizzare con la presente proposta progettuale e, soprattutto, quali saranno gli impatti positivi sulla collettività.

### **3.4 Analisi SWOT**

Il modello prescelto per sintetizzare l'analisi di contesto effettuata nel capitolo II è quello dell'analisi SWOT (*Strenght/Forze – Weakness/Debolezze – Opportunities/Opportunità – Threats/Minacce*). In particolare, l'analisi SWOT rappresentata nella *Tavola 3.1* è in grado di evidenziare sinotticamente quali sono le *forze* e le *opportunità* che ci hanno permesso di elaborare un modello strategico di azione, meglio descritto nel paragrafo 3.6 *Modello Strategico*. In particolare, le *debolezze* codificate ai nn. AD1 e AD6, la *forza* codificata al n. AF6 e la *minaccia* codificata al n. AM3, ci ha permesso di cogliere quale potrebbe essere la strategia innovativa del progetto, ossia il superamento della tradizione dicotomia pubblico-privato.

Gli scenari che si aprono dall'analisi SWOT sono quelli della riorganizzazione strutturale del Sirs, della formazione, della contaminazione di buone pratiche da replicare e riprodurre grazie alla cooperazione interistituzionale (sia regionale che interregionale) e di un rapporto diverso tra sanità pubblica e privata finalizzato a mettere al centro del sistema il cittadino.

Tavola 3.1 – Analisi SWOT

 <b>ANALISI SWOT</b>				
	Condizioni Interne		Condizioni Esterne	
	Forze - Strength	Debolezze - Weakness	Opportunità - Opportunities	Minacce - Threats
	AF1 Bilancio dell'ASP in ordine, in grado di reggere i costi per eventuale attività di reingegnerizzazione dell'ufficio SIRS;	AD1 Ad oggi, poca attenzione aziendale alle tematiche dei bandi europei legati ai fondi strutturali, con esclusione di quelle imposti dall'Ente sovraordinato, la Regione;	AO1 Esistenza, in altre aziende sanitarie del territorio nazionale, di Grant Office Politiche Europee ben strutturate e funzionanti che costituiscono best practice da riprodurre;	AM1 Eccessiva interferenza della politica nella gestione del personale.
	AF2 Dotazione organica flessibile, adattabile alle esigenze aziendali, senza necessità di ottenere autorizzazioni da parte dell'ente sovraordinato;	AD2 Più dei 2/3 del personale amministrativo è inquadrato come personale di supporto, con capacità amministrative limitate;	AO2 Offerta di corsi/master universitari o da parte di operatori economici privati in materia di progettazione e rendicontazione europea;	AM2 Assetto normativo che non facilita il dialogo istituzionale pubblico-privato
	AF3 Pluralità di profili professionali presenti in azienda, in grado di dare un valido apporto al SIRS: amministrativi, psicologi, assistenti sociali, dirigenti medici alcuni dei quali fortemente attivi nelle attività di ricerca, ingegneri gestionali, etc...	AD3 Non equa distribuzione del personale di supporto all'interno dei tre distretti sanitari;	AO3 Presenza, nel territorio nazionale, di operatori economici in grado di supportare temporaneamente l'ufficio SIRS	AM3 - Scarsità di risorse finanziarie per far fronte all'obsolescenza di strutture e tecnologie delle aziende sanitarie pubbliche
	AF4 Presenza nell'Ufficio SIRS di un'unità di personale fortemente competente in materia di progettazione europea.	AD4 Le procedure di mobilità interna del personale spesso risultano improduttive;	AO4 Consistente attività di input, da parte dell'Assessorato della Salute e del S.I.R.S. regionale, per l'istituzione in ogni azienda sanitaria regionale di Grant Office Europa, ben strutturate e con personale competente;	AM4 - Squilibri territoriali nord-sud che hanno "giustificato" un uso inappropriato delle risorse sanitarie come ammortizzatore sociale o come strumento di espansione del mercato del lavoro
	AF5 Prossimo avvio delle procedure selettive per la stabilizzazione e il reclutamento di un consistente numero di collaboratori amministrativi.	AD5 Rischio di comportamenti poco collaborativi del personale che sarà comandato di lavorare al S.I.R.S.;		
	AF6 Presenza, sul territorio, di casa di cura privata multispecialistica con una visione del futuro basata sull'eccellenza	AD6 Scarsa integrazione in provincia, ma anche nell'intero territorio regionale, tra pubblico e privato		
	AF7 Prossimo insediamento di una nuova direzione strategica aziendale che potrebbe rivelarsi più sensibile alla tematica dell'euro progettazione.	AD7 Carezza di capacità manageriali all'interno delle Aziende sanitarie rispetto alla complessità della gestione sanitaria caratterizzata dall'innovazione continua dei processi di assistenza e cura		

### **3.5 Analisi dei fabbisogni e individuazione del target di utenza**

L'analisi di contesto interno e l'analisi SWOT hanno messo in rilievo alcuni fabbisogni che dovranno essere soddisfatti per realizzare l'obiettivo dell'efficientamento del Servizio di Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria:

F.1 La qualificazione dell'organizzazione. Il Sirs risulta oggettivamente depauperato di risorse umane. L'unica unità di personale presente, nonostante le competenze possedute, ha un contratto di lavoro flessibile con scadenza imminente. Oltre alla predetta unità non è assegnata nessun'altra risorsa umana. È, pertanto, necessario:

- Rivedere il regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs, definendo meglio le competenze e la dotazione organica da assegnare all'ufficio, con la previsione, previa contrattazione decentrata, di appositi fondi incentivanti per le risorse umane che saranno assegnate;
- Stabilizzare l'unica unità di personale in servizio presso l'ufficio o, qualora ciò non dovesse risultare giuridicamente possibile, provvedere, quanto meno, alla proroga del contratto di lavoro;
- Incrementare, attraverso procedure di mobilità interne, le risorse umane in dotazione al Sirs;

F.2 La qualificazione delle competenze del personale che sarà assegnato al Sirs attraverso:

- la frequenza di corsi/master universitari di formazione specialistica in materia di euro-progettazione, rendicontazione, budgeting, etc.;
- il rafforzamento delle competenze linguistiche attraverso la formazione universitaria e la partecipazione ai programmi europei Erasmus+;
- la sottoscrizione, per un periodo di tempo limitato e nelle more che il nuovo personale acquisirà le dovute competenze che gli permetteranno di lavorare autonomamente, di un contratto di consulenza con operatore economico specializzato in materia di progettazione europea che supporterà il Sirs in tutte le attività connesse. Il contratto di consulenza eviterà di non perdere le opportunità che saranno offerte dai bandi di prossima pubblicazione;

F3. Il rafforzamento delle relazioni interistituzionali:

- la contaminazione di buone pratiche con accordi di collaborazione con aziende che rappresentano delle best practices a livello nazionale, l'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia, e, a livello regionale, il policlinico Paolo Giaccone di Palermo;
- attività di benchmarking nelle materie di interesse aziendale;
- il superamento della dicotomia pubblico-privato attraverso la sottoscrizione di un accordo di PPP con la "Clinica del Mediterraneo".

Il target di utenza che sarà coinvolto nel progetto è vario e articolato:

- la classe politica locale: chiamata a supportare le scelte aziendali. Il sostegno della deputazione nella realizzazione del progetto comporterà, nel lungo periodo, il miglioramento dell'offerta sanitaria, nonché una ricaduta positiva nello sviluppo economico del territorio, aumentando il consenso da parte della cittadinanza;
- la direzione strategica: dovrà stimolare, supportare, coordinare il cambiamento, attivare una efficace comunicazione interna ed esterna. Il dialogo democratico verso l'esterno aumenterà, da un lato l'*accountability* e, dall'altro, il prestigio e la visibilità del management aziendale anche oltre il livello regionale. La comunicazione interna sarà finalizzata a stimolare i ricercatori a proporre progetti. Il successo nella realizzazione del progetto potrà rappresentare una buona pratica di replicare e riprodurre.
- le organizzazioni sindacali: saranno coinvolte nel progetto nelle attività volte ad assicurare la preventiva informazione al personale al quale saranno spiegati, in maniera chiara e semplice: le criticità di partenza, gli obiettivi, la strategia per risolvere il problema, le attività. Le OO.SS. dovranno sostenere e rafforzare la motivazione dei lavoratori coinvolti nel processo di cambiamento. A progetto realizzato, i posti di lavoro saranno aumentati e si realizzerà lo sviluppo delle carriere. Di questo le OO.SS. non potranno che allietarsi;
- i direttori delle strutture complesse sanitarie: attori fondamentali in materia di ricerca sanitaria e internazionalizzazione. I referenti scientifici dell'Asp saranno coinvolti con riunioni, seminari, gruppi di discussione al fine di analizzare i bisogni, sviluppare progetti, proporre l'innovazione di metodiche e protocolli operativi. I referenti scientifici dell'Asp, fra l'altro, costituiscono i tecnici fondamentali per la partecipazione ai bandi. Il ritorno per i referenti scientifici sarà la loro crescita professionale poiché la casistica sanitaria migliorerà sensibilmente.

- l'Università degli studi di Catania: si occuperà della formazione del personale, preventivamente individuato dall'Asp, nelle materie della progettazione europea, analisi dei fabbisogni e di contesto, rendicontazione, competenze linguistiche;
- l'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia e il Policlinico Paolo Giaccone di Palermo: già best practices a livello nazionale e regionale in materia di internazionalizzazione e ricerca sanitaria. Con le predette Aziende sarà sottoscritto apposito accordo di cooperazione e/o gemellaggio che consentirà il trasferimento e la valorizzazione di buone pratiche e competenze; l'accordo favorirà la creazione di network regionali e transregionali che, oltre ad accrescere la capacità amministrativa dell'Asp di Ragusa, permetteranno all'azienda sanitaria emiliana e a quella palermitana di accrescere il loro prestigio a livello nazionale;
- La casa di cura privata *Clinica del Mediterraneo*, che contaminerà positivamente l'Asp in termini di efficienza produttiva e celerità nell'azione amministrativa. Difatti, è indiscutibile che le aziende sanitarie pubbliche si sono rivelate inadatte, nonostante il costante e ininterrotto sostegno pubblico, ad affrontare il tema dell'accesso al sistema salute in modo qualitativo, appropriato e risolutivo (F. Astorina, F. Amatucci, 2024, *Pubblico e privato e sanità. Un 'nuovo' partenariato è possibile*). Se i risultati attesi dall'accordo di PPP saranno raggiunti, il modello rappresenterà una buona pratica da replicare e riprodurre. L'interesse del privato alla sottoscrizione dell'accordo PPP è, senza dubbio, il forte interesse economico tipico dell'imprenditore;
- Un operatore economico specializzato nella materia di progetti europei: che collaborerà, previa sottoscrizione di apposito contratto di consulenza esterna, per un limitato periodo di tempo nel supportare il Sirs fino a quando il nuovo personale assegnato all'ufficio non avrà completato il percorso formativo previsto. La formazione specialistica universitaria e la contemporanea consulenza di un operatore economico specializzato nella materia, consentirà ai funzionari del Sirs di rafforzare fortemente le abilità/capacità amministrative.

### **3.6 Descrizione della strategia**

L'Analisi SWOT ha mostrato alcuni punti di forza e di debolezza che hanno indirizzato la strategia del presente progetto in due assi principali. Il primo, AS1, nasce dal fabbisogno di una riorganizzazione del Sirs, ossia l'esigenza di costruire un modello organizzativo realmente funzionante, condiviso e partecipato. Per ottenere questo risultato occorre coinvolgere nel processo precisi attori che, teoricamente, dovrebbero avere un forte interesse. Stiamo parlando della direzione strategica, della classe politica locale e delle organizzazioni sindacali.

Il secondo asse strategico, AS2, nasce soprattutto dalla debolezza descritta nei codici AD1 e AD6 e si pone l'ambizioso obiettivo di superare la tradizionale dicotomia pubblico-privato. Difatti, la poca attenzione aziendale alle politiche europee trova in parte la sua giustificazione nel fatto che l'interesse del pubblico nel reperire nuove risorse per il miglioramento dei servizi erogati è, in realtà, molto relativo; nel pubblico, è prassi chiedere e ottenere risorse dal livello di governo sovraordinato, Regione e/o Stato. Ma, in un periodo storico in cui le risorse sono limitate, è uno spreco, un'occasione persa non cogliere le opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione. Questa inerzia potrà essere superata solo mettendo al centro del sistema il cittadino. Mettere al centro del sistema sanitario il cittadino, significa sforzarsi di trovare nuovi modelli di governance che consentano di soddisfare pienamente le esigenze di salute della popolazione. Una tecnica è quella di coinvolgere il privato nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e ciò attraverso forme di collaborazione e partenariato pubblico/privato. Associare il forte interesse economico del privato alla vastità di funzioni di un'azienda sanitaria pubblica, sarà una strategia vincente per trasformare l'azienda proponente del presente progetto una buona pratica da replicare e riprodurre in termini di capacità progettuale e, di conseguenza, di capacità nell'attrarre fondi europei.

La *Tavola 3.2* ci mostra la rappresentazione sinottica della strategia della presente proposta progettuale.

Tavola 3.2 – Transizione dall'analisi SWOT all'Edificio Strategico

 <b>TAVOLA DESCRITTIVA DELLA TRANSIZIONE DALL'ANALISI SWOT ALL'EDIFICIO STRATEGICO</b>							
Analisi SWOT		Fabbisogni		Strategia			
Forze e Debolezze (codici)	Opportunità e Minacce (codici)	Descrizione del Fabbisogno	Codice FB	Assi Strategici (AS)	Idee Forza (IF)	Obiettivi Generali (OG)	Obiettivi Specifici (OS)
Forze: AF1 - AF2 - AF3 - AF4 - AF5 - AF7  Debolezze: AD2 - AD3 - AD4 - AD5	Opportunità: AO4  Minacce: AM1 - AM4	Insufficienza di risorse umane assegnate al S.I.R.S.	FB1				OS1 - Adozione di un nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del SIRS  OS2 - Incremento delle risorse umane assegnate al SIRS (4 amministrativi e 1 collaboratore tecnico informatico);
Forze: AF1 - AF2 - AF3 - AF4 - AF5 - AF7  Debolezze: AD1 - AD2 - AD3	Opportunità: AO1 - AO2 - AO4  Minacce: AM1 - AM4	Necessità di competenze specialistiche in materia di europrogettazione e rendicontazione	FB2	AS1 - COSTRUZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO EFFICACE, PARTECIPATO E CONDIVISO E CON PERSONALE COMPETENTE	IF - LA CAPACITA' AMMINISTRATIVA DELLE AZIENDE SANITARIE E' ANCHE CAPACITA' A COGLIERE LE OPPORTUNITA' OFFERTE DAI FONDI EUROPEI DI COESIONE	OG1 MIGLIORARE LA CAPACITA' AMMINISTRATIVA DEL GRANT OFFICE SERVIZIO DI INTERNAZIONALIZZAZIONE E RICERCA SANITARIA DELL'ASP DI RAGUSA	OS3 Garantire al personale assegnato al SIRS l'acquisizione di competenze specialistiche in materia di progettazione europea e rendicontazione e rafforzare le competenze linguistiche;  OS4 Favorire la contaminazione di buone pratiche attraverso il rafforzamento delle relazioni interistituzionali regionali e transregionali;
Forze: AF1 - AF4 - AF5 - AF6 - AFF7  Debolezze AD1 - AD6 - AD7	Opportunità: AO4  Minacce: AM1 - AM2 - AM3 - AM4	Carenza di modelli organizzativi e gestionali efficienti	FB3	AS2 - SUPERAMENTO DELLA DICOTOMIA PUBBLICO-PRIVATO			OS5 - Generare valore aggiunto Economico, Sociale e Finanziario attraverso un accordo di Partenariato Pubblico Privato (PPP) con la Clinica del Mediterraneo

### 3.7 Descrizione dell'Obiettivo Generale

L'obiettivo generale del progetto è: OG1 - *Il miglioramento della capacità amministrativa del Servizio di Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.*

Con riferimento agli assi strategici AS1 e AS2, s'intende costruire un efficiente modello organizzativo condiviso, partecipato, aperto e contaminato da nuove relazioni interistituzionali di livello regionale, interregionale e private. L'obiettivo generale scaturisce dai fabbisogni individuati (FB1, FB2 e FB3) ed è quello di rafforzare la capacità amministrativa del Grant Office Sirs dell'Asp di Ragusa. A progetto realizzato, il Sirs potrà contare su risorse umane fortemente competenti e performanti in materia di europrogettazione e di rendicontazione. Inoltre, la contaminazione permanente scaturente dalle rafforzate relazioni interistituzionali innescherà un virtuoso processo di miglioramento continuo della performance organizzativa.

Difatti, quando parliamo di efficienza amministrativa, non possiamo limitare il concetto a soli parametri di efficacia, efficienza ed economicità di funzioni amministrative classiche. Non c'è dubbio che oggi la capacità amministrativa ha svariate accezioni. Anche la deontologia, in particolare per le aziende sanitarie, dev'essere considerata un aspetto importantissimo della capacità amministrativa. Qual è la capacità amministrativa di un'azienda sanitaria che ha le liste di attesa bloccate se poi le stesse prestazioni sono rese immediatamente ma a pagamento dallo stesso personale medico dipendente del Ssn? Sarebbe fortemente distolto e ipocrita attribuire buona capacità amministrativa ad un'azienda sanitaria che riesce a erogare prestazioni sanitarie solo "a pagamento".

Un'altra importantissima accezione di capacità amministrativa è quella oggetto del presente progetto. Ossia, capacità amministrativa intesa come capacità delle aziende sanitarie a saper cogliere le opportunità offerte dai bandi europei, nazionali e regionali.

In un Paese:

- a) con tendenze demografiche caratterizzate dal costante e ingravescente invecchiamento della popolazione e, quindi, con pesanti ripercussioni negative in materia di *welfare* in termini di sostanziale incremento della domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- b) con un enorme debito pubblico che impone continue politiche di *spending review* che creano una forte pressione in termini d'insufficienza degli stanziamenti per il finanziamento del Ssn;

le Aziende sanitarie, per garantire la domanda di salute nel territorio di riferimento, sono chiamate a reperire e/o integrare altrove le risorse. In questo senso, una forte opportunità è offerta dai fondi europei, siano essi i fondi strutturali di coesione o il Pnrr. Solo le Aziende Sanitarie che hanno saputo cogliere o impareranno a cogliere le opportunità offerte dai fondi europei, potranno garantire il mantenimento e, soprattutto, il miglioramento dell'offerta sanitaria nel territorio di riferimento.

La rafforzata capacità amministrativa consentirà al Sirs di supportare efficacemente i ricercatori nella presentazione di progetti e relativa rendicontazione.

### **3.8 Descrizione degli Obiettivi Specifici**

Per realizzare l'obiettivo generale OG1 – *Migliorare la capacità amministrativa del Servizio di Internazionalizzazione e ricerca sanitaria*, sono stati individuati n. 5 obiettivi specifici. I primi 4 sono legati all'asse strategico AS1, mentre l'ultimo è legato all'asse strategico AS2.

OS1 *Adozione di un nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs* – Tenuto conto dell'atavica poca propensione del pubblico dipendente a rimettersi in gioco, delle resistenze al cambiamento, dello spirito di conservazione della propria posizione lavorativa, al fine di favorire la mobilità del personale verso l'ufficio politiche comunitarie, serve, previa contrattazione decentrata con le OO.SS., adottare un nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs che, oltre a meglio delineare la dotazione organica dell'ufficio, le competenze, le attività, i percorsi procedurali, la tempistica per la conclusione (inserendo anche un *work-flow* per ogni attività), preveda anche forme di incentivi economici e di sviluppo delle carriere del personale che, comunque, sarà chiamato a svolgere funzioni complesse e strategiche per l'intera Azienda;

OS2 *Incremento delle risorse umane assegnate al Sirs* – L'ufficio, ad oggi, è completamente depauperato di risorse umane. L'unico funzionario in dotazione ha un contratto di lavoro flessibile con scadenza imminente. Serve, oltre che prorogare il contratto di lavoro in scadenza, creare un modello organizzativo efficiente, con un numero di unità di personale sufficiente e competente in grado di supportare validamente i ricercatori nella stesura e presentazione di progetti, gestione e rendicontazione. L'obiettivo è quello d'incrementare la dotazione organica del Sirs di n. 4 funzionari amministrativi e n. 1 assistente tecnico informatico;

OS3 *Garantire al personale assegnato al Sirs l'acquisizione di competenze specialistiche in materia di progettazione europea e rendicontazione, nonché rafforzare le competenze linguistiche*

– Il personale assegnato al *Grant Office* dovrà acquisire delle competenze specialistiche in materia di progettazione europea. Non a caso, tra le istituzioni partner del progetto stata inserita l'Università degli Studi di Catania che si occuperà dell'aspetto formativo;

*OS4 Facilitare la contaminazione di buone pratiche attraverso il rafforzamento delle relazioni interistituzionali regionali e transregionali* – L'implementazione della capacità amministrativa del Sirs sarà costruita anche attraverso lo scambio di buone pratiche. Il partenariato con delle *best practices* a livello regionale e transregionale, ossia l'azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia e il policlinico Paolo Giaccone di Palermo, sarà uno strumento di contaminazione positiva;

*OS5 Generare valore aggiunto Economico, Sociale e Finanziario attraverso un accordo di Partenariato Pubblico Privato (PPP) con la Clinica del Mediterraneo* - Particolarmente innovativo sarà l'accordo di PPP con una clinica privata. Questo modello di partenariato tra struttura sanitaria pubblica e privata, sarà il vero generatore di valore aggiunto economico, sociale e finanziario del progetto. L'opportunità di coinvolgere operatori sanitari privati nella progettazione e successiva cogestione dei servizi sanitari, almeno una parte, trae origine anche da due criticità che investono non solo l'azienda sanitaria locale ma l'intero territorio nazionale: AD7 la carenza e inadeguatezza di competenze manageriali disponibili all'interno delle aziende pubbliche (a livello generale) rispetto alla complessità della gestione sanitaria caratterizzata dalla continua innovazione nei processi di assistenza e di cura; AM3 la scarsità di risorse finanziarie in grado di far fronte sia all'obsolescenza delle strutture e delle tecnologie delle aziende sanitarie pubbliche, che alla veloce evoluzione di carattere qualitativo della domanda di prestazioni sanitarie. Il tutto si traduce nell'incapacità a risolvere il disallineamento che tra domanda e offerta di servizi sanitari.

### 3.9 Descrizione delle azioni

Il raggiungimento dell'obiettivo generale della proposta progettuale e, quindi dei singoli obiettivi specifici propedeutici, sarà possibile grazie a una serie di azioni che sono state descritte dettagliatamente nella *Tavola 3.3*. Per non lasciare nulla al caso, per ogni azione è stata anche prevista una tempistica di realizzazione.

Per ogni obiettivo specifico sono state previste specifiche azioni ben aggregate all'interno di una griglia (*Tavola 3.3*). Questa tipologia di rappresentazione, unitamente a quella prevista nella *Tavola 3.4* afferente ai risultati attesi, consentirà al gestore e del progetto (la direzione strategica) un monitoraggio molto semplice e intuitivo. Cosa abbiamo fatto fino ad oggi? Stiamo rispettando i tempi? Quale sarà la prossima azione da porre in essere?

*Tavola 3.3 – Descrizione delle Azioni*

Asse Strategico	Obiettivo Generale	Obiettivi Specifici	Azioni
AS1	OG1	OS1	<p>A1.1 Predisposizione dello schema del nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs e notifica informativa alle OO.SS. per il successivo confronto, contrattazione, e chiusura dell'accordo entro 45 gg. dalla notifica dell'informativa;</p> <p>A1.2 Approvazione del nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs entro 15 gg. dalla chiusura dell'accordo con le OO.SS.</p> <p>A1.3 Contemporanea attività di comunicazione sul portale aziendale e sui network locali dell'attività in corso di svolgimento;</p>
		OS2	<p>A2.1 Predisposizione, entro 10 gg. dall'adozione del nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs, e pubblicazione sul portale aziendale di un avviso di mobilità interna con scadenza breve di soli 15 gg. per n. 2 Collaboratori Amministrativi, n. 2 Assistenti Amministrativi e n. 1 Assistente Tecnico Informatico;</p> <p>A2.2 Espletamento, entro 10 gg. dalla scadenza dell'avviso di mobilità interna, dei colloqui per l'accertamento delle competenze di base possedute dai candidati e del livello di motivazionale;</p> <p>A2.3 Adozione, entro 7 gg. dalla conclusione dei colloqui valutativi, dell'atto amministrativo d'individuazione del personale ammesso alla mobilità e predisposizione e notifica dei relativi ordini di servizio;</p> <p>A2.4 Adozione della delibera di proroga, per almeno anni 1, del contratto di lavoro dell'unico funzionario attualmente in servizio presso il Sirs</p> <p>A2.5 comunicazione attraverso i network locali della procedura di mobilità interna, al fine di rendere partecipe la cittadinanza dell'istituendo nuovo Sirs;</p>
		OS3	<p>A3.1 Sottoscrizione, entro 60 gg. dall'avvio del progetto, di apposito accordo di collaborazione con l'Università degli Studi di Catania per la formazione del personale assegnato al Sirs, sia per la materia della progettazione e rendicontazione europea, sia per il perfezionamento delle competenze linguistiche (frequenza di master universitari altamente specializzanti);</p> <p>A3.2 Iscrizione ai corsi universitari di n. 3 dipendenti entro l'avvio dell'anno accademico 2024-2025</p> <p>A3.3 Partecipazione alle Call Erasmus+ per garantire al nuovo personale assegnato al Sirs un'ulteriore attività di perfezionamento delle competenze linguistiche;</p> <p>A3.4 Sottoscrizione, entro 45 gg. dall'avvio del progetto, di apposita convenzione di consulenza con operatore economico privato specializzato nella materia della progettazione europea e ciò al fine di supportare l'ufficio, per un periodo di tempo limitato e nelle more che il personale assegnato acquisisca le dovute competenze specialistiche ed evitare di perdere le opportunità offerte dai bandi europei;</p> <p>A3.5 Attività di comunicazione attraverso il portale aziendale e i network locali dell'attività in corso di svolgimento;</p>

		OS4	<p>A4.1 Sottoscrizione, entro 60 gg. dall'avvio del progetto, di un accordo di partenariato/gemellaggio con il policlinico universitario Paolo Giaccone di Palermo, best practice regionale in materia di ricerca sanitaria;</p> <p>A4.2 Sottoscrizione, entro 60 gg. dall'avvio del progetto, di un accordo di partenariato/gemellaggio con l'azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia, azienda che rientra nel novero delle best practice nazionali in materia di internazionalizzazione e ricerca sanitaria. Anche quest'accordo permetterà all'azienda sanitaria di Ragusa di poter beneficiare di una contaminazione positiva in termini di modelli organizzativi e gestionali efficienti da replicare e riprodurre.</p> <p>A4.3 comunicazione sul portale aziendale e nei network regionali dell'avvenuta sottoscrizione degli accordi di partenariato/gemellaggio;</p>
AS2		OS5	<p>A5.1 Avvio, entro 20 gg. dall'avvio del progetto, di un tavolo tecnico tra l'Asp di Ragusa e la "Clinica del Mediterraneo" finalizzato a stilare uno schema di accordo di partenariato pubblico privato PPP;</p> <p>A5.2 Formalizzazione, entro 90 gg. dall'avvio del tavolo tecnico, dell'accordo di PPP;</p> <p>A5.3 Attività di comunicazione interna ed esterna sull'importante accordo sottoscritto;</p>

### 3.10 Descrizione dei risultati attesi

Anche i risultati attesi sono stati descritti sinotticamente in un apposito prospetto, la *Tavola 3.4*, che permetterà di monitorare in maniera semplice l'avanzamento del progetto per ogni singolo obiettivo/azione. Per ogni azione, sono stati individuati degli indicatori e le relative fonti di verifica, scelti in modo da garantire l'oggettività del monitoraggio.

Tavola 3.4 – Risultati attesi

<b>IDEA FORZA</b>		
<b>IF – LA CAPACITA' AMMINISTRATIVA DELLE AZIENDE SANITARE È ANCHE CAPACITA' A SAPER COGLIERE LE OPPORTUNITA' OFFERTE DAI FONDI EUROPEI DI COESIONE</b>		
<b>OBIETTIVO GENERALE</b>		
<b>OG1 – MIGLIORARE LA CAPACITA' AMMINISTRATIVA DEL GRANT OFFICE SIRS DELL'ASP DI RAGUSA</b>		
<b>ASSE STRATEGICO AS1 – COSTRUZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO EFFICIENTE E CON PERSONALE COMPETENTE</b>		
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>		
<b>OS1 – Adozione di un nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs</b>		
<b>Azione</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>FONTE DI VERIFICA</b>
A1.1	IN1.1 Stesura bozza del nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.1.1 Verbale della delegazione trattante di sottoscrizione dell'accordo
A.1.2	IN1.2 Adozione del nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.1.2 Albo pretorio - Delibera di approvazione del nuovo regolamento
A.1.3	IN1.3 comunicazione interna ed esterna del nuovo regolamento → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.1.3 Portale aziendale – Network locali – brochure – bacheche aziendali
<b>OS2 - Incremento delle risorse umane assegnate al Sirs</b>		
A2.1	IN2.1 Avviso di mobilità interna di personale da assegnare al Sirs → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.2.1 Portale aziendale – sezione “bandi e concorsi”
A2.2	IN2.2 Colloqui di selezione dei candidati → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.2.2 Portale aziendale – sezione “bandi e concorsi” – Verbali della commissione giudicatrice
A2.3	IN2.3 Ordini di servizio di mobilità del personale verso il Sirs → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.2.3 Albo pretorio - Delibera di approvazione della mobilità interna e ordini di servizio al personale
A2.4	IN2.4 – Nuova scadenza del contratto di lavoro dell'unico funzionario oggi assegnato al Sirs → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.2.4 Albo pretorio - Delibera di proroga del contratto di lavoro
A2.5	IN2.5 – comunicazione interna ed esterna della procedura di mobilità interna → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.2.5 Portale aziendale – Network locali – bacheche aziendali
<b>OS3 - Garantire al personale assegnato al Sirs l'acquisizione di competenze specialistica in materia di progettazione europea e rendicontazione e rafforzare le competenze linguistiche</b>		
A3.1	IN3.1 – Accordo di partenariato/collaborazione con UNICT → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.3.1 Albo pretorio - Delibera di approvazione dell'accordo di collaborazione con l'UNICTT
A3.2	IN3.2 Iscrizione ai corsi/master universitari → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.3.2 Attestati d'iscrizione
A3.3	IN3.3 Partecipazione ai bandi Erasmus+ → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.3.3 Albo pretorio - Delibera di partecipazione al bando
A3.4	IN3.4 – Contratto di consulenza esterna → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.3.4 Albo pretorio - Delibera di approvazione del contratto
A3.5	IN3.5 – comunicazione interna ed esterna → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.3.5 Portale aziendale – Network locali
<b>OS4 - Favorire la contaminazione di buone pratiche mediante il rafforzamento delle relazioni interistituzionali regionali e transregionali</b>		
A4.1	IN4.1 – Contratto di partenariato/gemellaggio con il Policlinico Paolo Giaccone di Palermo → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.4.1 – Albo pretorio - Delibera di approvazione dell'accordo di partenariato
A4.2	IN4.2 – Contratto di partenariato/gemellaggio con l'Azienda UsI-IRCCS di Reggio Emilia → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.4.2 – Albo pretorio - Delibera di approvazione dell'accordo di partenariato
A4.3	IN4.3 – comunicazione interna ed esterna → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R.4.3 Portale aziendale – Network locali
<b>ASSE STRATEGICO AS2 – SUPERAMENTO DELLA DICOTOMIA PUBBLICO PRIVATO</b>		
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>		
<b>OS5 – Generare valore aggiunto economico, finanziario e sociale attraverso un accordo di PPP con la “Clinica del Mediterraneo”.</b>		
A5.1	IN5.1 Tavolo tecnico con la Clinica del Mediterraneo → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R5.1 Verbali di ogni singolo tavolo tecnico
A5.2	IN5.2 Accordo di collaborazione/partenariato con la Clinica del Mediterraneo → <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO	R5.2 Albo pretorio – Delibera di formalizzazione dell'accordo
A5.3	IN5.3 comunicazione interna e esterna	R5.3 Brochure, network locali, regionali e nazionali, sito WEB

Come si rileva dalla *Tavola 3.3*, per ogni obiettivo specifico è stata prevista un'azione trasversale che è la comunicazione.

La proposta progettuale, difatti, mette in rilievo un bisogno di divulgazione, sia all'interno che all'esterno, dell'importanza per qualunque azienda sanitaria di poter contare su un *Grant Office* efficiente che sappia cogliere le opportunità offerte dai fondi di coesione. È attraverso un'opera tesa ad informare, comunicare e sensibilizzare che il personale interno e la comunità saranno eruditi sull'importanza strategica dell'obiettivo che sarà realizzato e, soprattutto, sugli impatti positivi che lo stesso apporterà alla salute dei cittadini e allo sviluppo economico del territorio. È per queste ragioni che ci si è determinati a dedicare all'azione della comunicazione un ruolo imprescindibile, ponendola in rapporto trasversale rispetto alle altre.

La comunicazione avrà come fine quello di sensibilizzare l'intero territorio sull'importanza della tematica e nel contempo stimolare iniziative e idee progettuali da parte del personale sanitario. I ricercatori, difatti, grazie anche alla comunicazione, saranno stimolati a promuovere progetti in funzione alle loro specifiche esigenze e/o necessità. Particolare attenzione sarà data alle esigenze di comunicazione interna fra i vari partecipanti al progetto.

### **3.11 Output**

Gli output del progetto saranno agevolmente misurabili in quanto, per verificare che il progetto sia stato realizzato secondo previsione, è sufficiente verificare la sussistenza di:

- a) Un nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del Sirs stilato in coerenza al presente progetto;
- b) La proroga, per almeno un anno, del contratto di lavoro dell'unico funzionario attualmente in dotazione al Sirs;
- c) Una struttura organizzativa del Sirs implementata da n. 2 collaboratori amministrativi, n. 2 assistenti amministrativi e n. 1 assistente tecnico;
- d) Una convenzione con l'UNICT per la formazione specialistica del personale assegnato al Sirs;
- e) Un accordo di partenariato con il Policlinico Paolo Giaccone di Palermo;
- f) Un accordo di Partenariato con l'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia;
- g) Un accordo di PPP con la "Clinica del Mediterraneo";

- h) Un contratto di consulenza temporanea con operatore economico in materia di progettazione e rendicontazione europea;

### **3.12 Impatti di realizzazione**

La realizzazione del progetto, nel rispetto degli output sopra descritti, permetterà la realizzazione di una serie di impatti di medio-lungo periodo, quali:

- a) L'aumento sia qualitativo che quantitativo dei progetti di ricerca sanitaria o di miglioramento dei servizi cofinanziati con i fondi europei;
- b) Il miglioramento della casistica da parte del personale medico e sanitario in genere;
- c) Una visione diversa della sanità che finalmente mette al centro il cittadino;
- d) Il conseguente miglioramento e ampliamento dell'offerta sanitaria nel territorio ragusano;
- e) La diminuzione della mobilità passiva;
- f) La visibilità, anche a livello internazionale, della buona pratica realizzata a Ragusa;
- g) L'afflusso nel territorio di volumi aggiuntivi di risorse finanziarie grazie alla rinnovata capacità dell'Azienda nel saper cogliere le opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione;
- h) L'accresciuto sviluppo economico dell'interno territorio di riferimento.

### **3.13 Innovatività**

È dal 2014 che l'Assessorato della Salute provvede a impartire alle varie aziende sanitarie del territorio regionale formali disposizioni, raccomandazioni e input, affinché tutte le Aziende provvedano a istituire, alla diretta dipendenza dello Staff della direzione strategica e secondo quanto disposto dalla L.R. n. 7/2014, i Sirs

La ratio dell'Assessorato trova il suo fondamento nella consapevolezza che l'invecchiamento della popolazione, la crescente domanda di prestazioni sanitarie e la parallela costante e inarrestabile riduzione, di anno in anno, dei finanziamenti del Ssn, impongono al sistema di dover reperire altrove i finanziamenti per accrescere o quanto meno mantenere il livello delle prestazioni fino ad oggi garantite. Di fatto, i Sirs ancora ad oggi stentano a decollare. La gestione emergenziale dell'ordinario, distoglie l'attenzione dall'implementazione di modelli organizzativi e gestionali nuovi, innovativi e strategici.

Con la presente proposta progettuale, si vogliono introdurre elementi di novità che possano, di fatto, stimolare la nascita di un Sirs efficiente e performante secondo le logiche della L.R. 7/2014.

Il primo elemento di novità è la previsione di forme d'incentivazione economica del personale che sarà assegnato al Sirs, è ciò attraverso l'accantonamento di quota parte del fondo destinato a remunerare la produttività collettiva. Lo strumento dell'incentivazione del personale che sarà allocato all'ufficio eviterà l'improduttività del relativo avviso di mobilità interna. La maggiore incentivazione riservata al personale assegnato Sirs non sarà un costo sprecato, attesa l'importanza strategica che ha l'ufficio all'interno dell'organizzazione aziendale e la forte produttività che lo stesso può realizzare se ben performante.

Il secondo elemento di novità è costituito dalla contaminazione positiva che l'ufficio avrà grazie al partenariato con due best practices regionali e nazionali. Il partenariato con aziende sanitarie che già rappresentano delle buone pratiche in materia di ricerca sanitaria e progettazione europea, consentirà all'Asp di Ragusa di avviare una costante attività di benchmarking e miglioramento continuo.

L'elemento maggiormente innovativo del progetto è rappresentato dall'accordo di PPP che, nel superare la tradizionale dicotomia pubblico-privato, permetterà la co-produzione sanitaria e la co-creazione di servizi sanitari. Il PPP introdurrà nella macchina amministrativa pubblica elementi di celerità amministrativa tipica dell'imprenditore privato che, per sua natura, è fortemente motivato a realizzare prima possibile i proventi della propria attività.

### **3.14 Trasversalità rispetto alle policies**

La realizzazione del progetto permetterà di rendere effettive le previsioni della L.R. n. 7/2014.

Il progetto è coerente con alcuni degli obiettivi principali del piano sanitario nazionale (Psn), quali, ad esempio: il potenziamento di sistemi integrati di reti a livello nazionale e sovraregionale, la promozione dell'innovazione e della ricerca, l'attuazione di una politica per la qualificazione delle risorse umane, etc.

Il progetto è, altresì, complementare al Programma Nazionale di Ricerca Sanitaria e al Programma Regionale della Ricerca Sanitaria della regione Sicilia che, a livello locale, vede come strumento attuativo della ricerca sanitaria proprio i Sirs.

Il progetto è perfettamente coerente al programma *Horizon Europe* che considera la salute, grazie al suo potenziale d'innovazione, uno straordinario motore per lo sviluppo sociale ed economico del paese. L'efficientamento del Sirs permetterà, finalmente, anche all'Asp di Ragusa di poter partecipare alle importantissime call di Horizon Europe e migliorare l'accesso ai finanziamenti previsti dal FESR e dal FSE.

Difatti, il progetto, all'interno dell'accordo di partenariato dell'Italia sulla politica di coesione 2021-2027, è trasversale, seppur indirettamente:

- al Programma Nazionale Equità nella Salute che, si ricorda, è un programma finalizzato a rafforzare i sistemi sanitari per rendere più equo l'accesso in sette regioni con importanti divari, tra i quali rientra anche la Sicilia → obiettivo di policy 4 previsto dal regolamento UE 2021/1060 *un'Europa più sociale e inclusiva attraverso l'attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali*.
- All'ambizioso programma *EU4Health* di cui al regolamento UE 2021/522 che mira a migliorare sensibilmente la salute della popolazione europea e sostenere la lotta contro le minacce sanitarie (pandemie) potenziando la capacità dell'UE di rispondere efficacemente alle future crisi sanitarie;
- Al regolamento UE 2021/1058, art 3, lettera v, *garantire la parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuovere la resilienza dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria di base, come anche promuovere il passaggio dall'assistenza istituzionale a quella su base familiare e sul territorio*”;

Infine, trattandosi di un progetto di *capacity building*, la realizzazione di un efficiente e performante ufficio politiche europee non può che essere perfettamente coerente l'area di policy di cui al piano nazionale *Capacità e Coesione* seppur il programma *CapCoe 2021-2027* tiene inspiegabilmente fuori le aziende sanitarie poiché è limitato ai soli enti territoriali.

### 3.15 Trasferibilità

La buona riuscita del progetto darà la possibilità di replicare l'esperienza in altre aziende sanitarie siciliane e anche del mezzogiorno d'Italia. Non risulta infatti che in Sicilia i Sirs, almeno fino ad oggi, e nonostante le svariate raccomandazioni dell'assessorato della salute, abbiano prodotto buoni risultati in termini di supporto alla ricerca sanitaria e alla progettazione europea. L'ambizioso obiettivo dell'Asp di Ragusa sarà quello di assumere al ruolo di *best practice*.

Lo scambio di esperienze pubblico-pubblico e pubblico-privato favorirà la costruzione di reti tra attori regionali e nazionali. L'introduzione dell'accordo di PPP farà superare la tradizionale dicotomia pubblico-privato. Quindi, un nuovo approccio ad un problema specifico. La trasferibilità sarà facilitata dalla costante attività di comunicazione interna, ma soprattutto esterna, che caratterizzerà tutte le fasi del progetto.

Non è esclusa, una volta concluso il progetto e sperimentati gli impatti positivi nel medio-lungo periodo, l'organizzazione di appositi convegni divulgativi e la pubblicazione di brochure/libretti che narreranno l'esperienza e i risultati ottenuti. La narrazione sarà, fra l'altro, facilitata dal partenariato scientifico, ossia l'università degli studi di Catania. La buona riuscita del progetto, consentirà anche all'Assessorato della Salute di riscrivere le direttive già impartite per estendere il modello Ragusa all'intero territorio regionale e rendere finalmente effettivo il funzionamento dei Sirs in tutte le aziende sanitarie siciliane.

### **3.16 Durata – Cronoprogramma**

Come ampliamento già esposto nei paragrafi precedenti, attesa la necessità di reingegnerizzare con urgenza il Grant Office Sirs, è stato previsto che le azioni afferenti i vari obiettivi specifici vengano avviati contemporaneamente e con una tempistica abbastanza breve. La realizzazione dei 5 obiettivi specifici entro la fine del prossimo autunno consentirà infatti la concretizzazione degli importantissimi impatti positivi già descritti nel relativo paragrafo.

Ci si augura, infatti, che l'efficientamento del Sirs generi i relativi impatti positivi già dal secondo semestre 2025 e, in tutti i casi, dal 2026.

Difatti, seppur le azioni per l'avvio del progetto saranno poste in essere tutte entro il corrente anno, bisogna considerare che gli effetti derivanti dalla contaminazione positiva delle buone pratiche derivanti dal partenariato (clinica privata e aziende sanitarie che già rappresentano delle best practices in materia) inizieranno a manifestarsi non prima della metà del prossimo anno.

Analogamente, la crescita delle competenze specialistiche che i funzionari assegnati al Grant Office acquisiranno grazie alla qualificata formazione universitaria, ragionevolmente si presume che non potrà manifestarsi e produrre i suoi effetti prima della metà dell'anno accademico 2024-2025 e, in maniera completa, al definitivo completamento del percorso formativo.

Nella *Tavola 3.5*, è stato pertanto rappresentato il cronoprogramma di ogni singola azione prevista nella proposta di reingegnerizzazione in argomento. Il cronoprogramma fa riferimento alle sole azioni necessarie a porre le basi dell'avvio del progetto e non considera la tempistica del naturale per il completamento di alcuni percorsi. Ad esempio, relativamente alla formazione universitaria, il cronoprogramma individua come traguardo finale l'iscrizione dei dipendenti individuati ai corsi di formazione e non tiene conto della tempistica necessaria per il completamento della formazione specialistica (un anno accademico).

Infatti, la proposta progettuale afferisce alla costruzione di una “*impalcatura*”, un'idea per costruire buona amministrazione, un progetto di capacity building. Ciò che è importante è avviare entro il corrente anno tutte le attività previste nel progetto, le stesse avranno poi una durata naturale di svolgimento.

Tavola 3.5 - Diagramma di Gantt - Cronoprogramma

OBIETTIVI SPECIFICI/ATIVITA'	anno 2024						
	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
<b>AS1 - COSTRUZIONE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO EFFICACE, PARTECIPATO E CONDIVISO E CON PERSON+3:6ALE COMPETENTE3:6A153:63:7A153:63:11A153:63:15A153:63:17A153:6</b>							
<b>OS1 ADOZIONE DI UN NUOVO REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL SIRS</b>							
A1.1 Predisposizione schema di nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del SIRS e notifica informativa alle OO.SS. per il successivo confronto, contrattazione, e chiusura dell'accordo;							
A1.2 Approvazione del nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del SIRS							
A1.3 Contemporanea attività di comunicazione sul portale aziendale e sui network locali dell'attività in corso di svolgimento;							
<b>OS2 - INCREMENTO DELLE RISORSE UMANE ASSEGNATE AL SIRS (4 AMMINISTRATIVI E 1 COLLABORATORE TECNICO INFORMATICO)</b>							
A2.1 Predisposizione e pubblicazione sul portale aziendale di un avviso di mobilità interna per n. 2 Collaboratori Amministrativi, n. 2 Assistenti Amministrativi e n. 1 Assistente Tecnico Informatico;							
A2.2 Espletamento dei colloqui individuali per l'accertamento delle competenze di base possedute dai candidati alla mobilità e del livello di motivazionale;							
A2.3 Adozione di atto amministrativo d'individuazione del personale ammesso alla mobilità e predisposizione e notifica dei relativi ordini di servizio;							
A2.4 Adozione immediata della delibera di proroga per almeno anni 1 del contratto di lavoro dell'unico funzionario attualmente in servizio presso il SIRS							
A2.5 comunicazione attraverso i network locali della procedura di mobilità interna, al fine di rendere partecipe la cittadinanza dell'istituendo nuovo SIRS;							
<b>OS3 GARANTIRE AL PERSONALE ASSEGNATO AL SIRS L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE SPECIALISTICA IN MATERIA DI PROGETTAZIONE EUROPEA E RENDICONTAZIONE E RAFFORZARE LE COMPETENZE LINGUISTICHE</b>							
A3.1 Sottoscrizione di accordo di collaborazione con l'Università degli Studi di Catania per la formazione del personale assegnato al SIRS;							
A3.2 Iscrizione dei dipendenti assegnati al Grant Office ai corsi/master di formazione universitaria							
A3.3 Partecipazione alle Call Erasmus+ per garantire al nuovo personale assegnato al SIRS un'ulteriore attività di perfezionamento delle competenze linguistiche;							
A3.4 Sottoscrizione di una convenzione di consulenza con operatore economico specializzato in materia di progettazione europea;							
A3.5 Attività di comunicazione attraverso il portale aziendale e i network locali dell'attività in corso di svolgimento;							
<b>OS4 FAVORIRE LA CONTAMINAZIONE DI BUONE PRATICHE ATTRAVERSO IL RAFFORZAMENTO DELLE RELAZIONI INTERISTITUZIONALI REGIONALI E TRANSREGIONALI</b>							
A4.1 Sottoscrizione di un accordo di partenariato/gemellaggio con il Policlinico Universitario Paolo Giaccone di Palermo;							
A4.2 Sottoscrizione di un accordo di partenariato/ gemellaggio con l'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia;							
A4.3 comunicazione sul portale aziendale e nei network regionali dell'avvenuta sottoscrizione degli accordi di partenariato/gemellaggio;							
<b>AS2 SUPERAMENTO DELLA DICOTOMIA PUBBLICO-PRIVATO</b>							
<b>OS5 - GENERARE VALORE AGGIUNTO ECONOMICO, SOCIALE E FINANZIARIO ATTRAVERSO UN ACCORDO DI PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO (PPP) CON LA CLINICA DEL MEDITERRANEO</b>							
A5.1 Avvio di un tavolo tecnico tra l'Asp di Ragusa e la Clinica del Mediterraneo finalizzato a stilare uno schema di accordo di partenariato pubblico privato PPP;							
A5.2 Formalizzazione dell'accordo di PPP;							
A5.3 Attività di comunicazione interna ed esterna sull'importante accordo sottoscritto;							

### 3.17 Piano finanziario

Nella *Tabella 3.1* è rappresentato un piano finanziario di massima della proposta progettuale. Il piano finanziario è spalmato in due esercizi, il 2024 e il 2025. Nell'anno 2024 sono stati previsti i costi per costruire l'impalcatura necessaria alla realizzazione del progetto, quindi i costi connessi alle attività di: reclutamento di personale, rivisitazione della regolamentazione interna, sottoscrizione accordi di partenariato e collaborazione, sottoscrizione di contratti di consulenza con operatori economici, avvio delle attività di formazione specialistica. Nell'anno 2025 sono stati inseriti solo i costi che, presuntivamente, si ritiene che saranno sostenuti per il completamento dei corsi di formazione specialistica/universitaria il cui anno accademico di riferimento è il 2024-2025.

Per una più agevole comprensione di come sono stati calcolati gli importi riportati nella *Tabella 3.1*, si specifica che:

- Per calcolare il costo orario di un dirigente, è stata assunta come dato base di paga mensile l'importo medio di € 90.000,00;
- Il costo orario del personale del comparto è stato calcolato prendendo a base di calcolo le retribuzioni del CCNL 2019-2021 di un dipendente con un'anzianità di servizio media di 15 anni (che corrisponde alla media tra uno stipendio iniziale e uno stipendio alla cessazione);
- Per l'azione A2.2 è stata prevista una commissione giudicatrice formata da due dirigenti amministrativi, un collaboratore tecnico informatico e un collaboratore amministrativo con funzioni di segretario. È stato previsto un impegno orario di circa 4/H lavoro cadauno, con esclusione del segretario al quale sono stati imputati altre 6 ore di lavoro per la preparazione di tutte le attività propedeutiche e conseguenti la procedura selettiva (schema di verbali, corrispondenza, etc.);
- Per l'azione A2.5 non è stato previsto alcun costo in quanto la comunicazione sarà effettuata solo tramite il portale aziendale;
- La comunicazione interna relativa alle azioni A3.4 e A4.3 sarà fatta contemporaneamente e per questo non è stato previsto alcun costo per l'Azione A3.4;
- Per l'azione A5.1 sono stati previsti almeno 5 incontri/tavoli di confronti di 4 ore cadauno a cui parteciperanno 2 dirigenti amministrativi.



## Conclusioni

La proposta progettuale presentata al III capitolo riguarda un'ipotesi di efficientamento del *Grant Office* Sirs dell'Asp di Ragusa per accrescerne fortemente la capacità amministrativa e renderlo altamente performante in termini di capacità nel saper cogliere le opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione e, conseguentemente, contribuire allo sviluppo economico del territorio. Al riguardo, non vi è alcun dubbio che la capacità amministrativa della pubblica amministrazione ha influenzato e continuerà a influenzare lo sviluppo socio-economico dell'intero paese. L'Europa accusa l'Italia, e soprattutto le regioni meridionali, di poca capacità amministrativa e della conseguente incapacità nel saper sfruttare le opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione.

L'UE è molto sensibile alla tematica della capacità amministrativa, soprattutto a partire dai cicli di programmazione 2014-2020 e 2021-2027 e, per tale motivo, ha avviato un processo di rafforzamento della capacità istituzionale e amministrativa delle PP.AA. dei paesi membri al fine di renderli resilienti agli eventi più avversi e, soprattutto, capaci d'intercettare e gestire correttamente i finanziamenti europei. Difatti, uno dei principi fondamentali delle politiche di sviluppo economico dell'Unione è la coesione sociale, economica e territoriale che necessita però di una buona *administrative capacity* da parte di tutte le istituzioni coinvolte nel processo. Tra questi attori vi sono sicuramente le aziende sanitarie.

Nell'ambito sanitario, saper cogliere le opportunità offerte dai fondi europei consente di raggiungere contemporaneamente una molteplicità di obiettivi, quali: favorire la ricerca sanitaria; potenziare la sanità territoriale; favorire lo scambio di *best practices* conseguenti le collaborazioni in programmi comunitari di cooperazione transregionale e transfrontaliera; migliorare la salute dei cittadini; veicolare una fortissima spinta allo sviluppo economico del territorio di riferimento.

Fra l'altro, sappiamo bene che denatalità, invecchiamento della popolazione e aumento dei volumi e della qualità delle prestazioni sanitarie pongono al nostro paese un serio problema in termini di sostenibilità nel futuro della spesa sanitaria e di ricerca di fonti di finanziamento. In un paese che fatica a reperire risorse adeguate a finanziare il Ssn, sarebbe uno spreco non imparare a cogliere le opportunità offerte dai fondi strutturali di coesione. Tuttavia, come ci suggerisce l'UE, *il miglioramento della capacità amministrativa è un presupposto indispensabile per garantire l'efficacia nell'erogazione degli investimenti pubblici e l'utilizzo dei fondi dell'Unione, con effetti*

*di ricaduta positiva sugli investimenti privati e la crescita del PIL.* Fra l'altro, la spesa sanitaria è stata definita dal Censis una spesa fortemente generativa. Il Ssn è uno degli attori fondamentali per lo sviluppo economico del paese. Per ogni euro speso in sanità viene generato un valore della produzione quasi il doppio; il moltiplicatore, infatti, è dell'1,84%.

È sulla base di queste premesse e di una serie di criticità emerse dall'analisi di contesto e dall'analisi Swot che ci si è determinati di proporre un progetto di *capacity building* per rendere fortemente efficiente il *Grant Office* dell'Asp di Ragusa. La proposta progettuale descritta al capitolo III, oltre a essere perfettamente coerente e complementare alle politiche e alle raccomandazioni europee e regionali, agisce su alcune variabili: strutture, risorse umane e sistemi procedurali ma anche sul rafforzamento delle relazioni interistituzionali e un sul superamento della tradizionale dicotomia pubblico-privato attraverso un accordo di Ppp che permetterà di generare valore aggiunto economico, sociale e territoriale.

Riepilogando, nel progetto sono stati previsti due assi strategici:

- Il primo asse è la *riorganizzazione del Sirs* e sarà realizzato attraverso 4 obiettivi specifici:
- 1) la rivisitazione del “vecchio” regolamento di organizzazione e funzionamento del *Grant Office*, un regolamento troppo astratto, impreciso, oltre che vetusto. Nel nuovo regolamento andranno meglio individuati il numero di unità di personale da assegnare all'ufficio e i relativi profili professionali, le competenze, le attività, la tempistica per la conclusione di ogni singola attività procedimentale, etc.;
  - 2) l'incremento delle unità di personale in servizio presso il Sirs, evidenziando al riguardo che, al fine di evitare che l'avviso di mobilità interna sia improduttivo, sono state previste forme d'incentivazione del personale che sarà assegnato all'ufficio e che tali forme d'incentivazione saranno, previa contrattazione decentrata con le OO.SS., formalizzati all'interno del regolamento di organizzazione e funzionamento del *Grant Office*;
  - 3) l'avvio di un percorso di qualificata formazione del personale al fine di consentire all'ufficio di poter contare su funzionari fortemente performanti, e ciò grazie al partenariato con l'Università degli studi di Catania che si occuperà dell'aspetto formativo;
  - 4) la contaminazione di buone pratiche attraverso accordi di partenariato con aziende sanitarie regionali e nazionali, già *best practice* riconosciute, nonché attraverso un contratto di consulenza temporaneo con un operatore economico operante nel settore della progettazione e rendicontazione europea.

Il secondo asse strategico è quello più innovativo poiché prevede il superamento della tradizionale dicotomia pubblico-privato grazie ad un accordo di partenariato che sarà sottoscritto con una clinica privata che già rappresenta un'eccellenza in provincia in termini di erogazione di prestazioni sanitarie. L'accordo di Ppp consentirà all'Asp di presentarsi alle *call* con un approccio diverso, pubblico e privato insieme nel solo interesse del cittadino. L'accordo Ppp consentirà, fra l'altro, all'Asp di accelerare i tempi per la presentazione dei progetti, il monitoraggio e la rendicontazione, grazie alla maggiore e oggettiva capacità amministrativa del privato interessato a realizzare prima possibile i proventi della sua attività.

La realizzazione del progetto, nel lungo periodo produrrà impatti positivi di notevole rilevanza meglio descritti al paragrafo 3.12. Ma, oltre agli impatti positivi, la proposta progettuale, si pone l'ambizioso obiettivo di trasformare il *Grant Office* Sirs dell'Asp di Ragusa in una buona pratica da replicare e riprodurre nelle altre aziende sanitarie siciliane e, perché no, anche in aziende sanitarie allocate al di fuori dal territorio regionale.

Il vero problema è sempre lo stesso: vorrà l'azienda investire su questo progetto i cui impatti non saranno immediati? È auspicabile che lo faccia ma non è da escludere che l'Ente, distratto da alcune ingombranti criticità descritte nell'analisi di contesto interno, quali la gestione emergenziale dell'ordinario e la carenza di personale amministrativo qualificato, "asseconderà" in il progetto, rimandolo a un momento successivo. Per evitare che ciò avvenga, la soluzione ci sarebbe. Nel nostro paese, difatti, siamo abituati ad assistere a previsioni normative, regolamentari, di programmazione e di pianificazione, che rimangono mere previsioni ma che, di fatto, non sono state mai attuate. Per far sì che la norma diventi effettiva, purtroppo, serve associare alla stessa anche una sanzione. Pertanto, per rendere effettive le previsioni della L.R. 7/2014 occorre che le previsioni normative, qualora non realizzate, siano sanzionate incidendo direttamente sull'incentivo economico della direzione strategica.

È pertanto auspicabile che la Regione Sicilia, quanto meno in via sperimentale, tra gli obiettivi da assegnare al Direttore Generale dell'Asp di Ragusa, includi anche la realizzazione del presente progetto. Se il progetto produrrà gli effetti positivi previsti, il modello potrà essere replicato in tutte le Aziende Sanitarie Siciliane concretizzando, finalmente, a distanza di oltre 10 anni, le previsioni della L.R. n. 7/2014.

In conclusione, possiamo affermare che siamo consapevoli che la proposta progettuale, relativamente all'area di policy oggetto d'intervento, rappresenta piccola goccia nel deserto, ma se a una goccia se ne sommerà un'altra e poi un'altra ancora, magari nascerà un fiume che

trasformerà il terreno arido in terreno fertile. Certo, il ritardo è enorme, la macchina amministrativa italiana non è pronta alle sfide che ci richiede l'Europa e non lo è ancor di più il mezzogiorno d'Italia, come non lo è l'Asp di Ragusa. Ma prima o poi bisogna iniziare. È inutile rimpiangere di non aver agito prima, sarebbe stato l'ideale, qual che conta oggi è iniziare a fare qualcosa per avviare un lento processo di cambiamento.

*«Il momento migliore per piantare un albero è vent'anni fa. Il secondo momento migliore è adesso»* (citazione filosofica di Confucio).

*Un sentito grazie a tutti coloro che con il loro supporto mi hanno aiutato a completare il difficile ma qualificante percorso formativo universitario e la stesura della tesi. Una citazione particolare al Direttore del Master, Prof. Marco Valerio Livio La Bella che con le sue regole, a volte non comprese, ci ha permesso di chiudere egregiamente il percorso formativo, al Prof. Giuseppe Sigismondo Martorana sempre disponibile ad ascoltare, suggerire e integrare lezioni, al relatore Prof. Maurizio Cerruto, paziente, disponibile ma, soprattutto, docente di indiscussa professionalità. Un grazie a tutti i validissimi docenti e professionisti che hanno avuto una parte attiva nel Master. Grazie anche a Valentina e Sergio, tutor d'aula simpatici e sempre disponibili. Un grazie particolare a tutti i colleghi con i quali ho condiviso il percorso universitario. Grazie a mia moglie e alla mia famiglia per il sostegno e il supporto alla mia scelta.*

*Un grazie a me stesso che, seppur più volte tentato di abbandonare il percorso formativo, sono arrivato fin qui.*

Giancarlo Carfi

**Riferimenti normativi**

Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *istituzione del servizio sanitario nazionale*

D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, *riordino della disciplina in materia sanitaria*

Legge regione Sicilia 3 novembre 1993, n. 30, *norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali*

D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, *modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria*

D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, *norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*

D. Lgs. 28 febbraio 2000, n. 56, *disposizioni sul federalismo fiscale*

Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3,  *riforma del tit. V parte seconda della Costituzione Italiana*

Legge 5 maggio 2009, n. 42, *delega al Governo in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'art. 119 della Costituzione.*

Legge regione Sicilia 14 aprile 2009, n. 5, *riordino del sistema sanitario della regione Sicilia*

Ddl n. 2264, approvato dal Senato il 23/01/2024, recante *disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione*

Legge regione Sicilia 24 febbraio 2014, n. 7, *promozione della ricerca scientifica in ambito sanitario*

Piano Nazionale di Ricerca Sanitaria PNRS 2020 – 2022

Regolamento (UE) 2021/522 del 24/03/2021, *Programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027 EU4Health*

Programma *Horizon Europe 2021-2027*

Programma Nazionale *Equità nella Salute 2021-2027*

Regolamento UE 2021/1058, art. 3

Programma CapCoe (capacità per la coesione) 2021-2027

## **Bibliografia**

Ascoli A,

(2011), *Il Welfare in Italia*, Bologna, Il Mulino

Astorina F. e Amatucci F.

(2024), *Pubblico e privato e sanità. Un 'nuovo' partenariato è possibile*, Quotidiano Sanità 03/04/2024

Barbacetto G., Gomez P., Travaglio M.

(2014), *Mani Pulite. La vera storia*, Milano, Chiarelettere editore

Cauci Molarà A., Martorana G.S., Miraglia F., Urbani A.

(2013), *Salute e Assistenza: necessità e virtù – Costo o investimento? Una prospettiva d'integrazione del servizio a sistema dello sviluppo place based*, Latina, Confindustria Latina

Ferrara M.

(2019), *Politiche Sociali*, Bologna, il Mulino

Ferrara R.

(2007), *L'ordinamento della Sanità*, Torino, Giappichelli Editore

Gruening G.

(2001), *Origini e basi teoriche del New Public Management*, in Meneguzzo M., *Managerialità, Innovazione e Governance: La Pubblica Amministrazione verso il 2000*, II ed., Roma, Aracne

Jorio E.,

*L'extra deficit sanitario: tra un sistema di controllo conflittuale e piani di rientro non propriamente adeguati*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it);

Maino F.

(2019), *La politica sanitaria*, in (a cura di) M. Ferrara, *Politiche Sociali*, Bologna, il Mulino

Natalini A.

(2010), *Capacity building: come fare passare le riforme dagli altri*, Roma, Carrocci Editore

Natalini A., Di Mascio F.

(2022), *Il PNRR e la capacità amministrativa*, in *Rivista di cultura e politica*, Bologna, Il Mulino

Toth F.

(2014), *La Sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino

(2009), *Le politiche sanitarie – modelli a confronto*, Roma-Bari, Gius. Laterza & Figli

Vicarelli G.

(2011), *Le politiche sanitarie*, a cura di Ascoli A., *Il Welfare in Italia*, Bologna, Il Mulino

## **Sitografia**

[https://app1.websanity.it/MENU/trasparenza1.asp?ID\\_Serv=1000&sezione=9006&sottosezione=10900612](https://app1.websanity.it/MENU/trasparenza1.asp?ID_Serv=1000&sezione=9006&sottosezione=10900612)

[https://app1.websanity.it/MENU/trasparenza1.asp?ID\\_Serv=1000&sezione=9036&sottosezione=10903603](https://app1.websanity.it/MENU/trasparenza1.asp?ID_Serv=1000&sezione=9036&sottosezione=10903603)

<https://coronavirus.gimbe.org/press/comunicati/comunicato.it-IT.html?id=423>

<https://dopigp.politicheagricole.gov.it/scopri-il-territorio>

<https://capcoe.it/>

<https://www.erasmusplus.it/>

<https://iari.site/2021/02/08/la-capacita-amministrativa-come-e-perche-e-diventata-un-tema-cosi-cruciale-per-lue/>

<https://lnx.svimez.info/svimez/un-paese-due-cure-2/>

<https://portale.fnomceo.it/rapporto-fnomceo-censis-ogni-euro-investito-nel-servizio-sanitario-nazionale-ne-genera-quasi-il-doppio/>

[https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR\\_PORTALE/PIR\\_LaStrutturaRegionale/PIR\\_ActivitaProduttive/PIR\\_DipAttivitaProduttive/PIR\\_Areetematiche1/PIR\\_ActivitaproduttiveAre eServiziUnitaStaff/PIR\\_Distrettiproduttivi/PIR\\_Distrettiriconosciutinew/PIR\\_DistrettoProduttivoSicilianoLattieroCaseario](https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_ActivitaProduttive/PIR_DipAttivitaProduttive/PIR_Areetematiche1/PIR_ActivitaproduttiveAre eServiziUnitaStaff/PIR_Distrettiproduttivi/PIR_Distrettiriconosciutinew/PIR_DistrettoProduttivoSicilianoLattieroCaseario)

[https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR\\_PORTALE/PIR\\_LaStrutturaRegionale/PIR\\_ActivitaProduttive/PIR\\_DipAttivitaProduttive/PIR\\_Areetematiche1/PIR\\_ActivitaproduttiveAre eServiziUnitaStaff/PIR\\_Distrettiproduttivi/PIR\\_Distrettiriconosciutinew/PIR\\_DistrettoAvicolo](https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_ActivitaProduttive/PIR_DipAttivitaProduttive/PIR_Areetematiche1/PIR_ActivitaproduttiveAre eServiziUnitaStaff/PIR_Distrettiproduttivi/PIR_Distrettiriconosciutinew/PIR_DistrettoAvicolo)

[https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR\\_PORTALE/PIR\\_LaStrutturaRegionale/PIR\\_ActivitaProduttive/PIR\\_DipAttivitaProduttive/PIR\\_Areetematiche1/PIR\\_ActivitaproduttiveAre eServiziUnitaStaff/PIR\\_Distrettiproduttivi/PIR\\_Distrettiriconosciutinew/PIR\\_Distretto dell'Aluminio](https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_ActivitaProduttive/PIR_DipAttivitaProduttive/PIR_Areetematiche1/PIR_ActivitaproduttiveAre eServiziUnitaStaff/PIR_Distrettiproduttivi/PIR_Distrettiriconosciutinew/PIR_Distretto dell'Aluminio)

<https://politichecoesione.governo.it/it/politica-di-coesione/la-programmazione-2021-2027/norme-regolamenti-e-linee-guida-2021-2027/>

<https://siciliaparchi.it/>

<https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/monitoraggio-della-spesa-sanitaria>

<https://www.ao.pr.it/wp-content/uploads/2022/11/Grant-office-e-valorizzazione-dei-prodotti-della-ricerca.pdf>

<https://www.aosp.bo.it/content/grant-office>

[https://www.aosp.bo.it/sites/default/files/Allegati\\_ricerca/AREA A GRANT OFFICE\\_.pdf](https://www.aosp.bo.it/sites/default/files/Allegati_ricerca/AREA A GRANT OFFICE_.pdf)

<https://www.comune.ragusa.it/it/news/approvato-dal-consiglio-comunale-il-rendiconto-di-gestione-2021>

<https://www.federalismi.it>

<https://www.ilsole24ore.com/art/dalla-filiera-salute-l-11percento-pil-white-economy-driver-dell-economia-italiana-AEiYqurD>

[https://www.istituto-besta.it/contenuto-web/-/asset\\_publisher/e49xi2G1Jd78/content/l-arte-del-grant-writing](https://www.istituto-besta.it/contenuto-web/-/asset_publisher/e49xi2G1Jd78/content/l-arte-del-grant-writing)

<https://www.mase.gov.it/pagina/sic-zsc-e-zps-italia>

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=65817](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=65817)

<https://www.regione.sicilia.it/la-regione/istituzioni/strutture-regionali/assessorato-regionale-turismo-sport-spettacolo/dipartimento-turismo-sport-spettacolo/aree-tematiche/attivita-staff/osservatorio-turistico/osservatorio-turistico-della-regione-sicilia/movimenti-turistici-comunali>

<https://www.reterurale.it/areerurali>

[https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal-ministero&id=6549](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal-ministero&id=6549)

[https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2022-01-19/un-nuovo-approccio-partenariato-pubblico-privato-la-gestione-strategica-investimenti-sanita-100333.php?uuid=AEwMqv8&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2022-01-19/un-nuovo-approccio-partenariato-pubblico-privato-la-gestione-strategica-investimenti-sanita-100333.php?uuid=AEwMqv8&refresh_ce=1)

<https://www.tuttitalia.it/sicilia/provincia-di-ragusa/>

<https://www.unesco.it/it/unesco-vicino-a-te/siti-patrimonio-mondiale/le-citta-tardo-barocche-del-val-di-noto-sicilia-sud-orientale/>

[https://www2.regione.sicilia.it/beniculturali/dirbenicult/database/dipartimento\\_2/Siti\\_list.asp?action=Search&&masterkey=&SearchField=Provincia&SearchOption=Equals&SearchFor=Ragusa](https://www2.regione.sicilia.it/beniculturali/dirbenicult/database/dipartimento_2/Siti_list.asp?action=Search&&masterkey=&SearchField=Provincia&SearchOption=Equals&SearchFor=Ragusa)